

UNIVERSITÉ DE NANTES

---

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE  
D'ANGERS

---

Année -1970

---

N° 17

**THÈSE**

pour le

**DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'Université)

par

**Monsieur MUTOMBO José-Norbert**

Né le 24 Avril 1939 à LEVERVILLE (Congo-Kinshasa)

---

*Présentée et soutenue publiquement le 19 Juin 1970*

|                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>CONSIDÉRATION SUR LA HERNIE-OBTURATRICE ÉTRANGLÉE,<br/>à propos de 5 cas</b></p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|

Président : M. le Professeur R. GOYER



UNIVERSITÉ DE NANTES

---

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE  
D'ANGERS

---

Année 1969-1970

---

N<sup>c</sup>

# THÈSE

pour le

**DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'Université)

par

**Monsieur MUTOMBO José-Norbert**

Né le 24 Avril 1939 à LEVERVILLE (Congo-Kinshasa)

---

*Présentée et soutenue publiquement le 19 Juin 1970*

**CONSIDÉRATION SUR LA HERNIE-OBTURATRICE ÉTRANGLÉE,  
à propos de 5 cas**

Président : M. le Professeur R. COYER

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE MIXTE DE MEDICINE ET DE PHARMACIE  
D'ANGERS

N°

Année 1969-1970

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue

par



Monsieur MUTO José-Noël

Né le 24 Avril 1939 à LEYDEVILLE (Gers-France)

Présentée et soutenue publiquement le 19 Juin 1970

CONSIDÉRATION SUR LA HERNIE OBTURATRICE ÉTRANGÉE  
à propos de 5 cas

Président : M. le Professeur R. CÔYER

F A C U L T E M I X T E

D E M E D E C I N E E T D E P H A R M A C I E D ' A N G E R S

-----  
Doyen Honoraire : Professeur ROUCHY

Professeurs Honoraires: MM. DAVID, ROUSSEAU, AMSLER

-----  
Le Président du Conseil Transitoire:

Mr J.C. RENIER

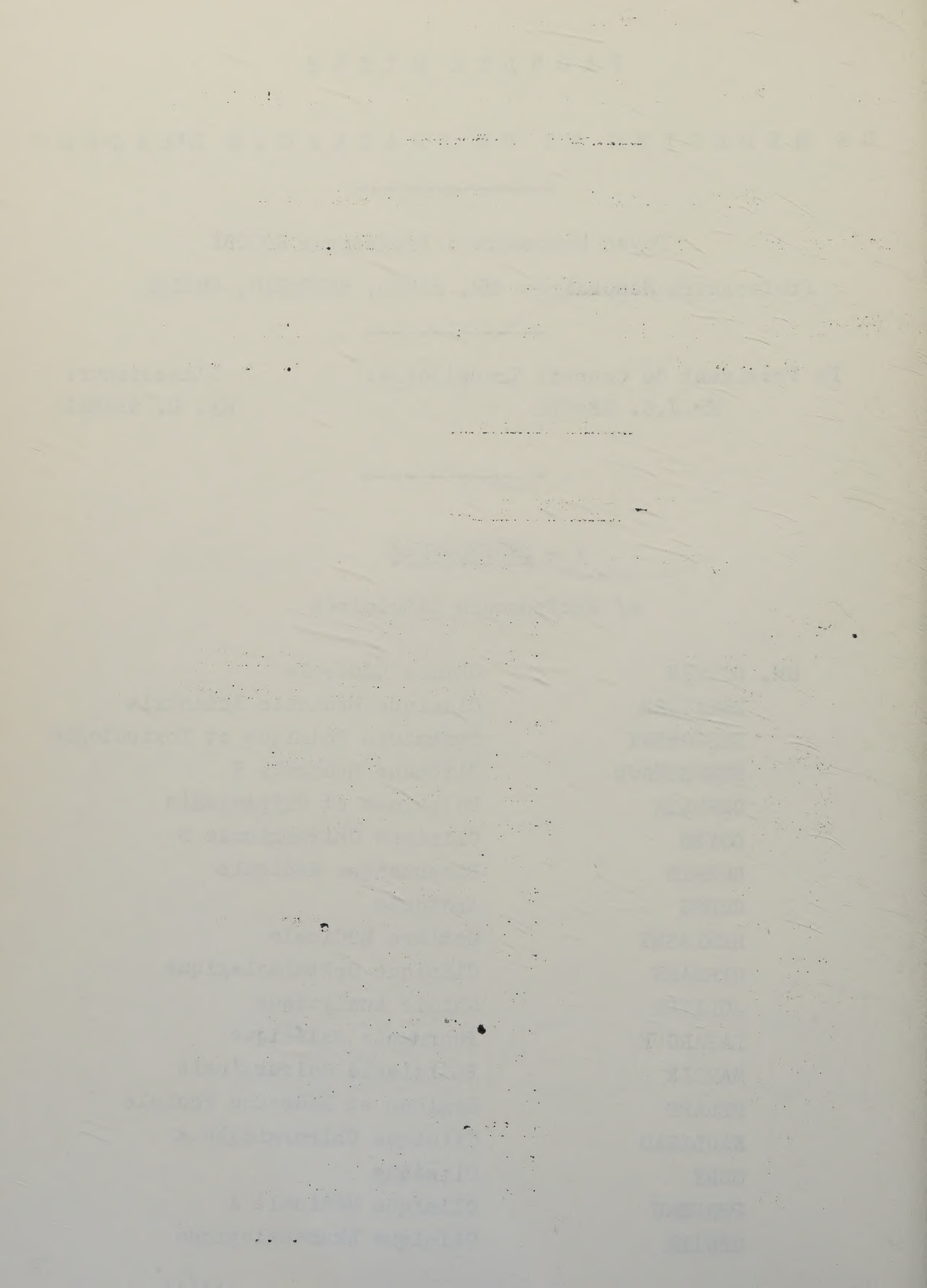
L'Assesseur:

Mr. H. GERMAIN

-----  
I - PROFESSEURS

a/ Professeurs Titulaires

|            |                                   |
|------------|-----------------------------------|
| MM. COTTIN | Chimie Générale                   |
| DELAITRE   | Clinique Médicale Infantile       |
| DESJOBERT  | Pharmacie Chimique et Toxicologie |
| FRESSINAUD | Clinique Médicale B               |
| GERMAIN    | Botanique et Cryptogamie          |
| GOYER      | Clinique Chirurgicale B           |
| GUERIN     | Biophysique Médicale              |
| GUNTZ      | Anatomie                          |
| HERISSET   | Matière Médicale                  |
| HERMANN    | Clinique Ophtalmologique          |
| JOLIVET    | Chimie Analytique                 |
| IAFARGUE   | Pharmacie Galénique               |
| MARTIN     | Pathologie Chirurgicale           |
| MENARD     | Hygiène et Médecine Sociale       |
| NAULLEAU   | Clinique Chirurgicale A           |
| OURY       | Clinique                          |
| PERREAU    | Clinique Médicale A               |
| RENIER     | Clinique Rhumatologique           |



MM. ROUCHY  
SIMARD

Clinique Obstétricale et Gynécologie  
Anatomie Pathologique

b/ Professeur titulaire à titre Personnel

HOCQUET

Parasitologie

## II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. PARSY  
PERTUS  
ROGNON

O.R.L.  
Urologie  
Chirurgie Générale

## III - A G R E G E S

MM. GODLEWSKI  
TESTARD  
THUAU

Neurologie et Psychiatrie  
Pédiatrie  
Pathologie Médicale

## IV - MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM. ALLAIN  
AUGEREAU  
BAILLY  
BONNIOT  
CAVELLAT  
MME. CAVELLAT  
MM. CARON  
COULLAUD  
EMILE  
FRESNEAU  
GIRAULT  
GROSIEUX

Pharmacologie  
Pharmacodynamie  
Physique  
Clinique Médicale B  
Anesthésie-Réanimation  
Anesthésie-Réanimation  
Electroradiologie  
Physiologie  
Neurologie  
Médecine Générale et Thérapeutique  
Biochimie Médicale  
Clinique Gynécologique et Obstétricale  
Immunologie - Hématologie



..//..

|                         |                                    |
|-------------------------|------------------------------------|
| MM. HUYGHUES-DESPOINTES | Biochimie Médicale                 |
| JOUBAUD                 | Médecine Générale et Expérimentale |
| LARGET-PIET             | Pédiatrie Génétique                |
| PILLET                  | Anatomie                           |
| PILLOT                  | Bactériologie                      |
| PLANE                   | Chirurgie Générale                 |
| MELLE PRELOT            | Zoologie                           |
| MELLE QUERO             | Microbiologie                      |
| MME SCHNITZLER          | Dermatologie-Vénéréologie          |
| MR TADEI                | Thérapeutique                      |

Secrétaire de la Faculté ..... Mr R. MAILLEUX

Conservateur de la Biblio-  
thèque de l'Université ..... Mme GALKOWSKI

-----



A mon épouse ,

A mes enfants,

En témoignage de toute  
mon affection.

In Memoriam,

A la mémoire de mon père,  
A la mémoire de mon regretté  
frère Gérard.

A Ma mère,

Tu as tout fait pour faire de  
nous des hommes, toute ta vie  
a été peines et sacrifices,  
puisse ce travail être le meil-  
leur témoignage de ma très  
profonde affection.



A ma chère cousine Anastanie MANGULA,

Pour tout ce qu'elle a pu nous apporter  
au cours de nos études,  
Qu'elle trouve ici, l'assurance de toute  
notre reconnaissance.

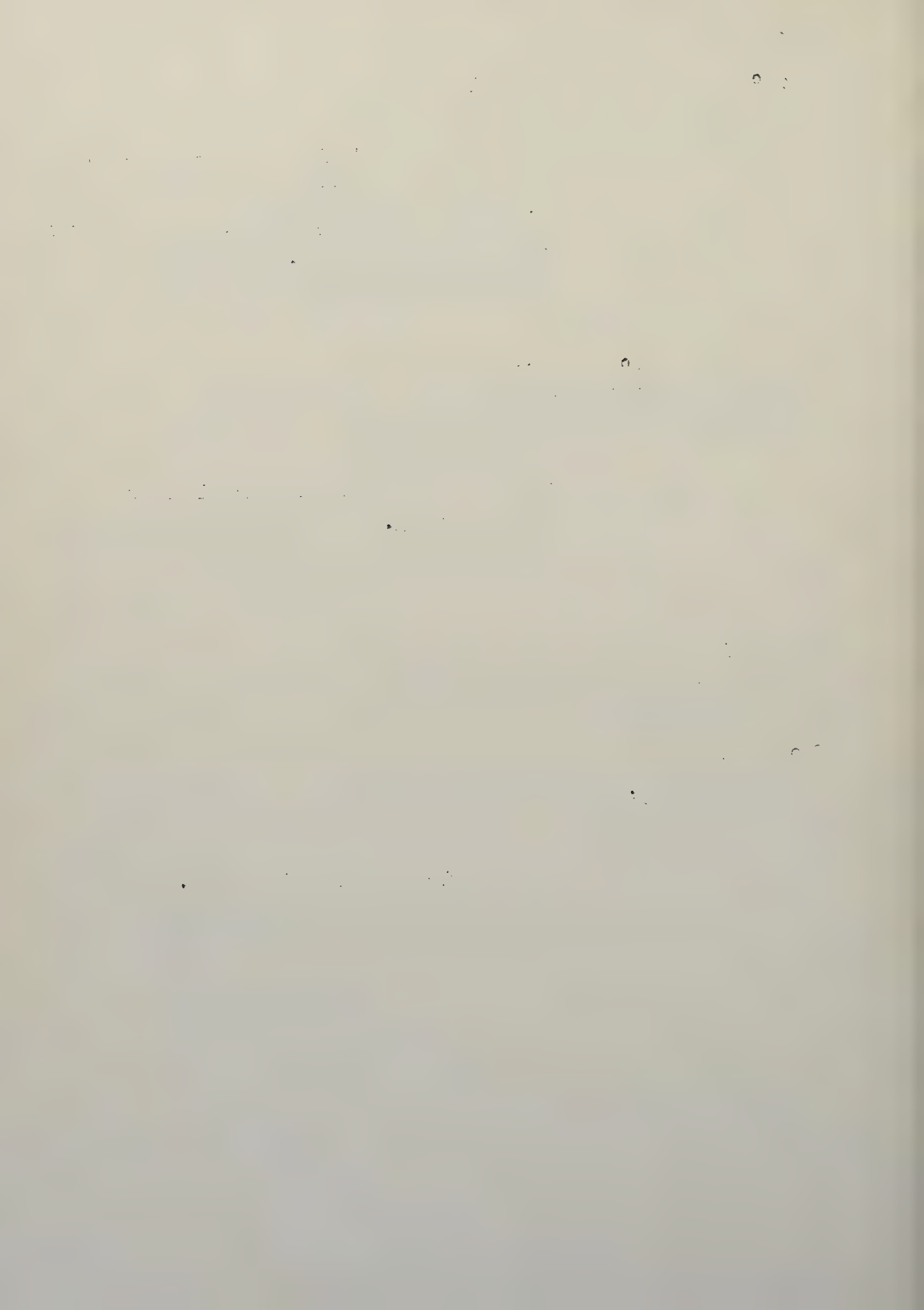
A Monsieur Féliicien MATU,  
Directeur au Ministère de la Santé,

Pour tous ses conseils précieux et son  
soutien moral.

A mon ami Docteur Joseph KITIMINI  
et à son épouse,

A mon ami et cousin Dieudonné MISI  
et à son épouse,

En souvenir de notre jeunesse.



A mon frère Eugène,

Pour son exemple et ses conseils éclairés, pour les privations qu'il s'est imposées tout au long de mes études, puisse ce travail être le meilleur gage de ma profonde gratitude.

A mon frère Fabien,

Tu as été un père pour moi. Tu n'as cessé de m'accorder tout au long de mes études, ton soutien le plus total.

Accepte avec joie ma profonde reconnaissance.

A mon frère Joseph,

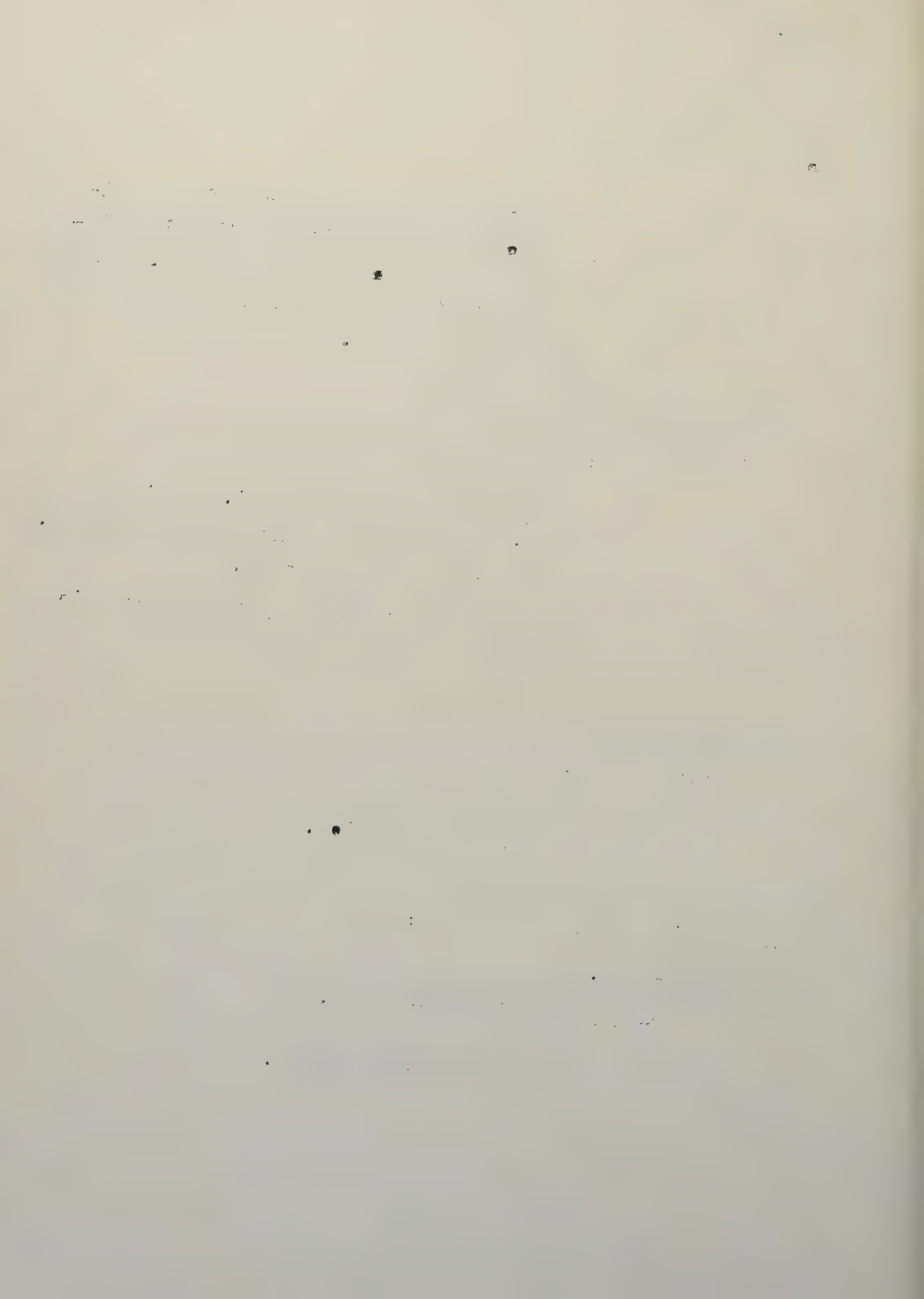
Profonde affection.

A la mémoire de mon beau-père,

A ma belle-mère,

A mes beaux-frères et belles-soeurs,

Hommages respectueux.



A notre ami Docteur Baudoin SAA-MBILI  
et sa famille,

En souvenir des moments agréables et  
difficiles passés ensemble au cours de  
nos études en FRANCE,

Profond attachement.

A la famille CHESNEAU,

Vous nous avez adoptés dès notre arrivée  
à ANGERS, et vous n'avez cessé depuis  
de nous témoigner votre amitié,

Profonde reconnaissance et meilleur  
souvenir.



Au Gouvernement Français,

Qui nous a offert la possibilité de  
poursuivre en FRANCE,  
Que ce travail lui soit une preuve de  
notre reconnaissance.

Au Gouvernement Congolais,

Qui a su se placer au-dessus de toute  
considération politique, en nous permet-  
tant de venir poursuivre nos études à  
l'étranger,  
Qu'il soit assuré de nos sentiments pa-  
triotiques.

A monsieur le Docteur AUJOULAT,  
Ancien Ministre,  
Inspecteur Général au Ministère de la  
Santé pour la coopération technique,

qui n'a cessé, malgré ses multiples  
occupations d'être un père pour nous  
tout au long de notre séjour en FRANCE,  
Qu'il trouve ici l'expression de notre  
profonde reconnaissance.

Au Révérend Père CAUWE,  
Secrétaire Général de Caritas-Congo,

Qu'il nous soit permis de lui exprimer  
toute notre gratitude et notre reconnais-  
sance pour le soutien tant matériel que  
moral qu'il nous a apporté durant notre  
existence en FRANCE.



Au Gouvernement Français,

Qui nous a offert la possibilité de  
poursuivre en FRANCE,  
Que ce travail lui soit une preuve de  
notre reconnaissance.

Au Gouvernement Congolais,

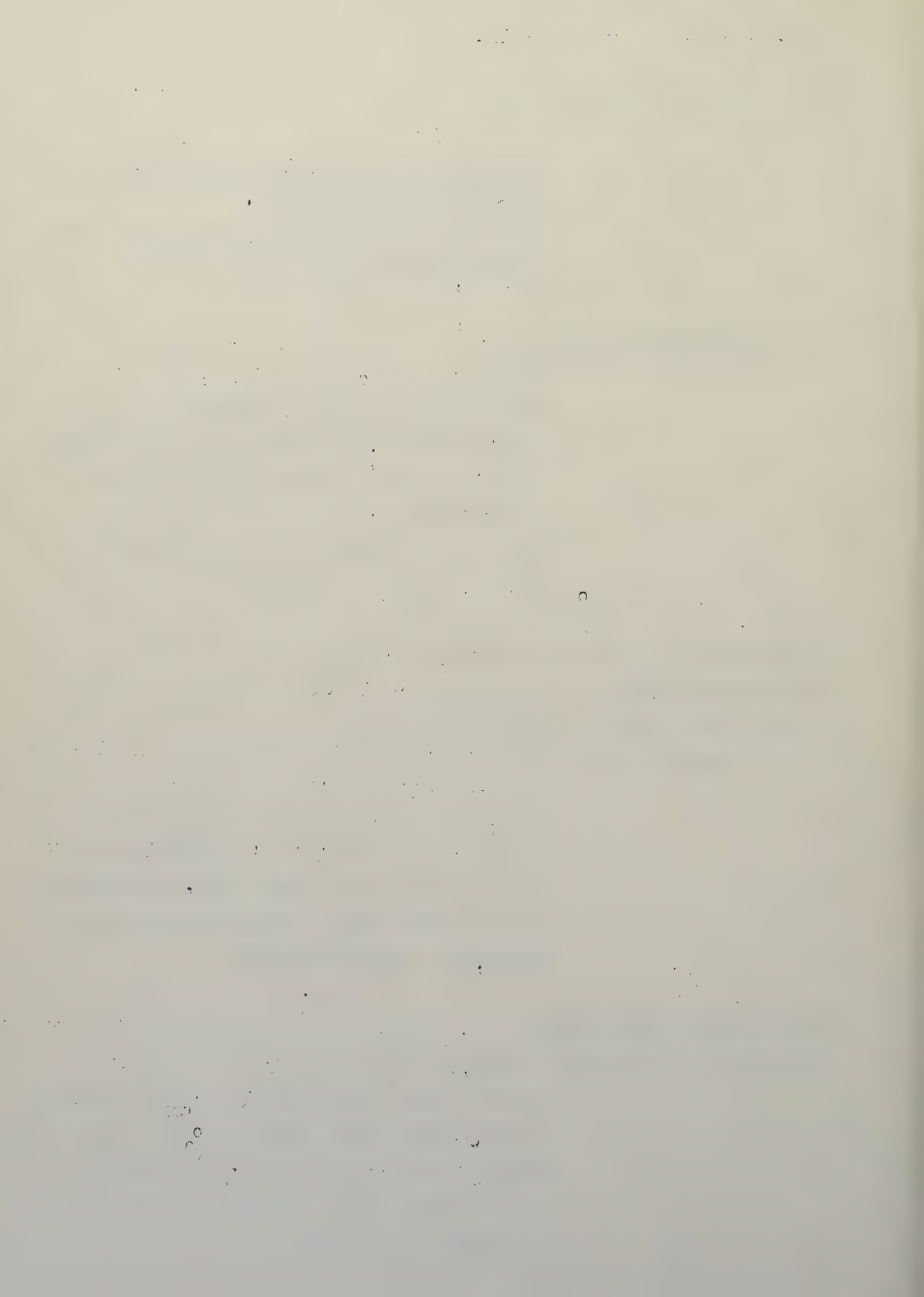
Qui a su se placer au-dessus de toute  
considération politique, en nous permettant  
tant de venir poursuivre nos études à  
l'étranger;  
Qu'il soit assuré de nos sentiments pa-  
triotiques.

A monsieur le Docteur AUJOULAT,  
Ancien Ministre,  
Inspecteur Général au Ministère de la  
Santé pour la coopération technique,

qui n'a cessé, malgré ses multiples  
occupations d'être un père pour nous  
tout au long de notre séjour en FRANCE,  
Qu'il trouve ici l'expression de notre  
profonde reconnaissance.

Au Révérend Père CAUWE,  
Secrétaire Général de Caritas-Congo,

Qu'il nous soit permis de lui exprimer  
toute notre gratitude et notre reconnais-  
sance pour le soutien tant matériel que  
moral qu'il nous a apporté durant notre  
existence en FRANCE.



A tous nos maîtres de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie d'ANGERS, de l'Ecole de Médecine de KISANTU, de la Faculté de Médecine de NANCY,

Hommages respectueux et sincère reconnaissance pour l'enseignement qu'ils nous ont prodigué.

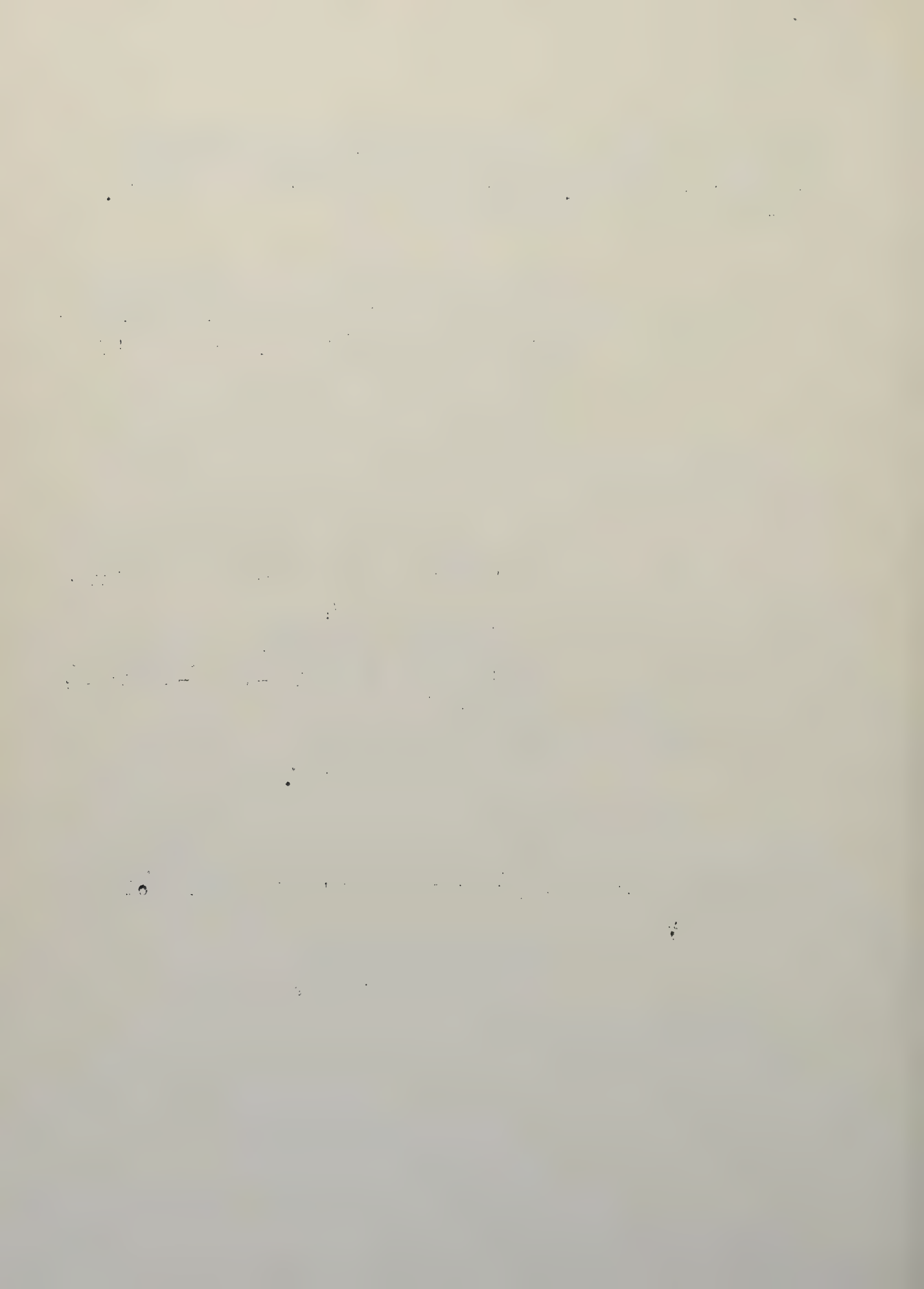
A tous mes camarades

de l'Hôpital Psychiatrique de Sainte-Gemmes sur Loire,  
de l'Hôpital du Mans,  
de l'Hôpital de Saint-Amand-Montrond,  
de l'Hôpital de Gray,

Meilleurs souvenirs.

A tous mes anciens condisciples de l'Ecole de Médecine de KISANTU,

Sentiments amicaux.



A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

-----

Monsieur le Professeur GOYER

Professeur titulaire de Clinique Chirurgicale  
Chirurgien des Hôpitaux  
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a inspiré le sujet de  
cette thèse

Il nous a fait le très grand  
honneur d'accepter la Présidence  
de cette thèse,

Qu'il veuille trouver ici l'ex-  
pression de notre respect et de  
notre sincère reconnaissance.



A NOS GUIDES DANS LES HOPITAUX

-----

Madame Le Docteur ARISTE LE-BAS

Centre Psychotérapique de ~~SAINTE-GEMMES~~ S/ LOIRE

Monsieur le Docteur LEMANICIER

Service de Pneumo-Phtisiologie-Réanimation de  
l'Hôpital DU MANS

Messieurs les Docteurs DELAHOUSSE et CHAMBENOIT

Médecins de l' Hôpital de ~~ST-AMAND-MONTROND~~

Messieurs les Docteurs DUCOUDRAIS, ALLIBERT, SCAUFLAIRE

Chirurgiens de l' Hôpital de ~~ST-AMAND-MONTROND~~

Messieurs les Docteurs VULLIET, VERGER

Chirurgiens de l' Hôpital de GRAY

Monsieur le Docteur BERGELIN

Médecin de l' Hôpital de GRAY

Que ce travail leur  
soit dédié en témoigna-  
ge de notre reconnais-  
sance pour ce que nous  
avons pu apprendre à  
leurs côtés.



A NOS JUGES

---

A notre Maître: Monsieur le Professeur PLANE  
Professeur agrégé à la Faculté  
Chirurgien des Hôpitaux

Nous avons pu, grâce à ses conseils éclairés,  
mener à bien ce travail  
Nous l'assurons de notre respectueuse grati-  
tude .

A notre Maître: Monsieur le Professeur R. ROUCHY  
Doyen honoraire de la Faculté Mixte de Médecine et  
de Pharmacie d'ANGERS  
Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique,  
Gynécologue-accoucheur des Hôpitaux  
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur de compter parmi  
nos juges  
Qu'il nous permette de l'assurer de nos  
sentiments très respectueux.

A Notre Maître: Monsieur le Professeur GUNTZ  
Professeur titulaire d'Anatomie  
Chirurgien des Hôpitaux

Qui a bien voulu faire partie du jury de  
notre thèse

Sincères remerciements.



- I N T R O D U C T I O N -

—



---

Il faut reconnaître qu'aucune affection chirurgicale n'a jamais été aussi condamnée que ne l'est la hernie obturatrice étranglée.

Réputée de rare, de diagnostic difficile, de thérapeutique hésitante et de pronostic combien sombre, elle garde encore de nos jours cette redoutable réputation.

Un peu mieux connue actuellement, elle ne conserve pas moins une lourde mortalité: 50 à 70%. L'âge avancé des patients, l'évolution souvent bâtarde de la maladie égarant volontiers le diagnostic, un traitement tardif et à minima le plus souvent expliqueraient sans doute cette mortalité.

On assiste depuis quelque temps à une certaine remise en question du sujet. L'on cherche en effet à mieux connaître l'affection et plus précisément sur le plan clinique de façon à dégager tout un ensemble de signes permettant un diagnostic précoce et, partant un traitement rapide, ce qui conduirait à améliorer le pronostic de cette redoutable maladie.

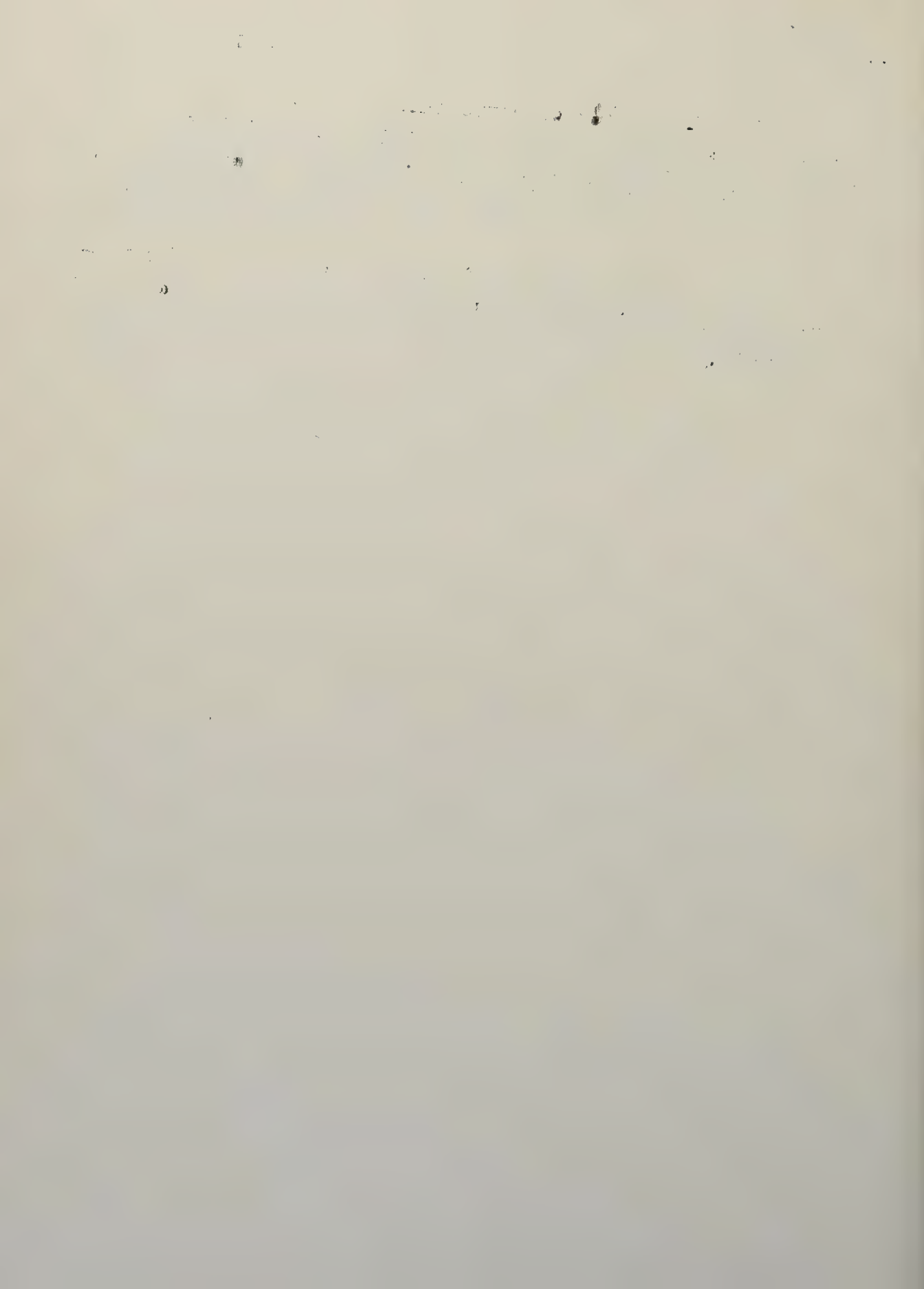
Nous ne prétendons pas bien entendu, apporter la solution du problème, mais nous nous efforcerons simplement d'insister sur certains éléments nouveaux capables déjà à eux seuls d'étayer le diagnostic, qui demeure ici, comme ailleurs, fait essentiel de la maladie. Car nous le verrons plus tard, de lui dépend le devenir du patient.

.../...



Le propos de cette thèse est de mettre le point sur l'ensemble des signes cliniques, radiologiques et des gestes thérapeutiques que l'on dispose actuellement.

Nous remercions infiniment Monsieur le Professeur GOYER pour l'honneur qu'il nous a fait en nous confiant ce travail.



## H I S T O R I Q U E

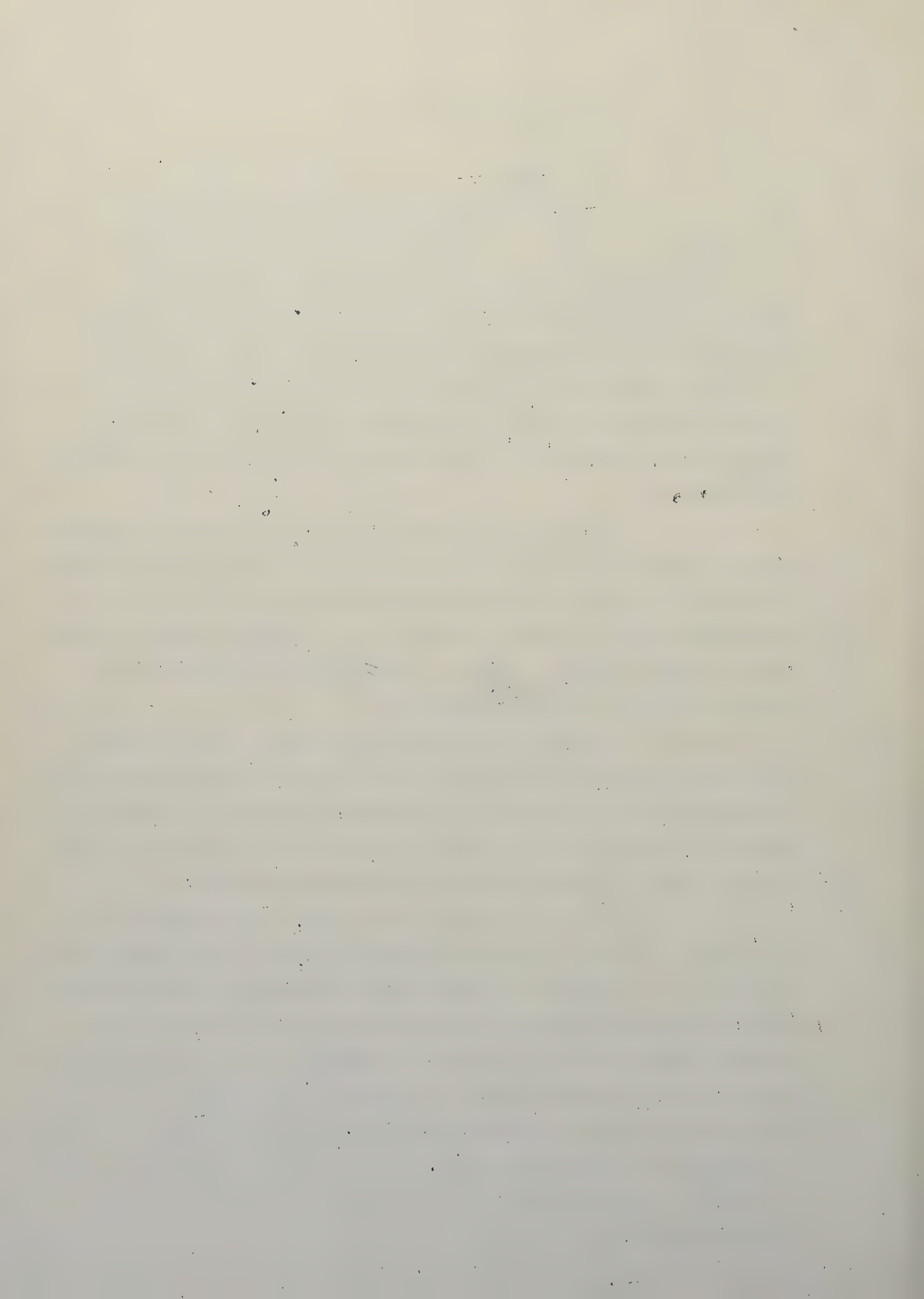
---

Des années se sont écoulées, des hommes se sont succédés, mais la hernie obturatrice étranglée reste une affection rare et de diagnostic difficile. Elle a fait parler d'elle déjà dès les années 1718. Mais le véritable travail ne débute qu'en 1743 avec la publication magistrale de GARENGEOT. C'est lui, en effet, qui, pour la toute première fois, donne la description clinique de la maladie avec preuve nécropsique à l'appui. Viennent ensuite les travaux d'ESCHENBACH en 1769 et de LAVERENCE en 1801.

Après une courte période de mise en retraite, la hernie obturatrice retrouve son regain avec ROMBERG en 1847. Ce dernier décrit une douleur qui, n'étant pas pathognomonique, garde cependant une valeur séméiologique de plus haut point: Signe de ROMBERG qui prendra plus tard le nom de ROMBERG-HOWSHIP.

Quelques années plus tard, soit en 1882, une toute première thèse lui est consacrée par PIMBET sous l'inspiration de TRELAT. On retrouve ensuite l'important travail d'ensemble de PICQUE et POIRRIER, publié en 1891 et qui met l'accent sur des formes anatomiques.

Si la maladie est connue du point de vue clinique, il n'en est pas de même du côté traitement; on tatonne, on hésite et devant les difficultés que présentent les voies d'abord, les chirurgiens de l'époque se bornent simplement à réduire la hernie, se souciant peu du trajet et encore moins du canal. Cela d'autant plus qu'à cette époque, pratiquer une laparotomie chez un malade maigre et affaibli, âgée de surcroît, était pur danger. (BERGER). Aussi faudra-t-il attendre la survenue des récidives avant



d'entreprendre une telle aventure. GUNDERMANN cite le cas d'une femme qui récidiva trois fois, alors que SUERMONDT, lui, en cite une qui récidiva deux fois.

Le début du vingtième siècle sera une étape importante dans le traitement chirurgical de la hernie obturatrice étranglée. C'est en effet, vers le début de ce siècle que les opérateurs, soucieux des problèmes posés par les voies d'abord, essaient de trouver des voies offrant le plus de jour possible sur les orifices du canal obturateur. Ainsi on vit naître, à la suite des voies isolées, des voies combinées, notamment la voie abdomino-crurale de GAUTHIER et FREDET en 1923. La laparotomie sus-crurale de COTTALARDA et ESCARRAS en 1936, voie reprise un peu plus tard par QUENU, ainsi que LORTAT-JACOB et ROY, utilisant la voie inguino-sus-crurale, sans omettre la voie crurale associée à une section ilio-pubienne de CARAVEN en 1941. MACHOIRE, dans sa thèse ( 1942 ) faisant une analyse critique des techniques utilisées jusqu'ici met l'accent sur cette dernière voie qui, selon lui, fournit le maximum de jour sur l'orifice du canal obturateur.

PAYA et CABY reprenant la question , propose en 1943 une technique nouvelle qui n'est en fait rien d'autre qu'une variante de celle de COTTALARDA et ESCARRAS. Mais elle a l'avantage d'arriver à une fermeture complète et totale du trajet obturateur.

Le milieu du XX ème siècle est quant à lui, riche en publications : SOUSTELIE et J. SOURNIA en 1946, M.J. ROY en 1959; thèse de DAVERAT en 1960. Ce dernier reprenant l'historique fait plutôt une étude approfondie et comparative des modes de traitement appliqués dans

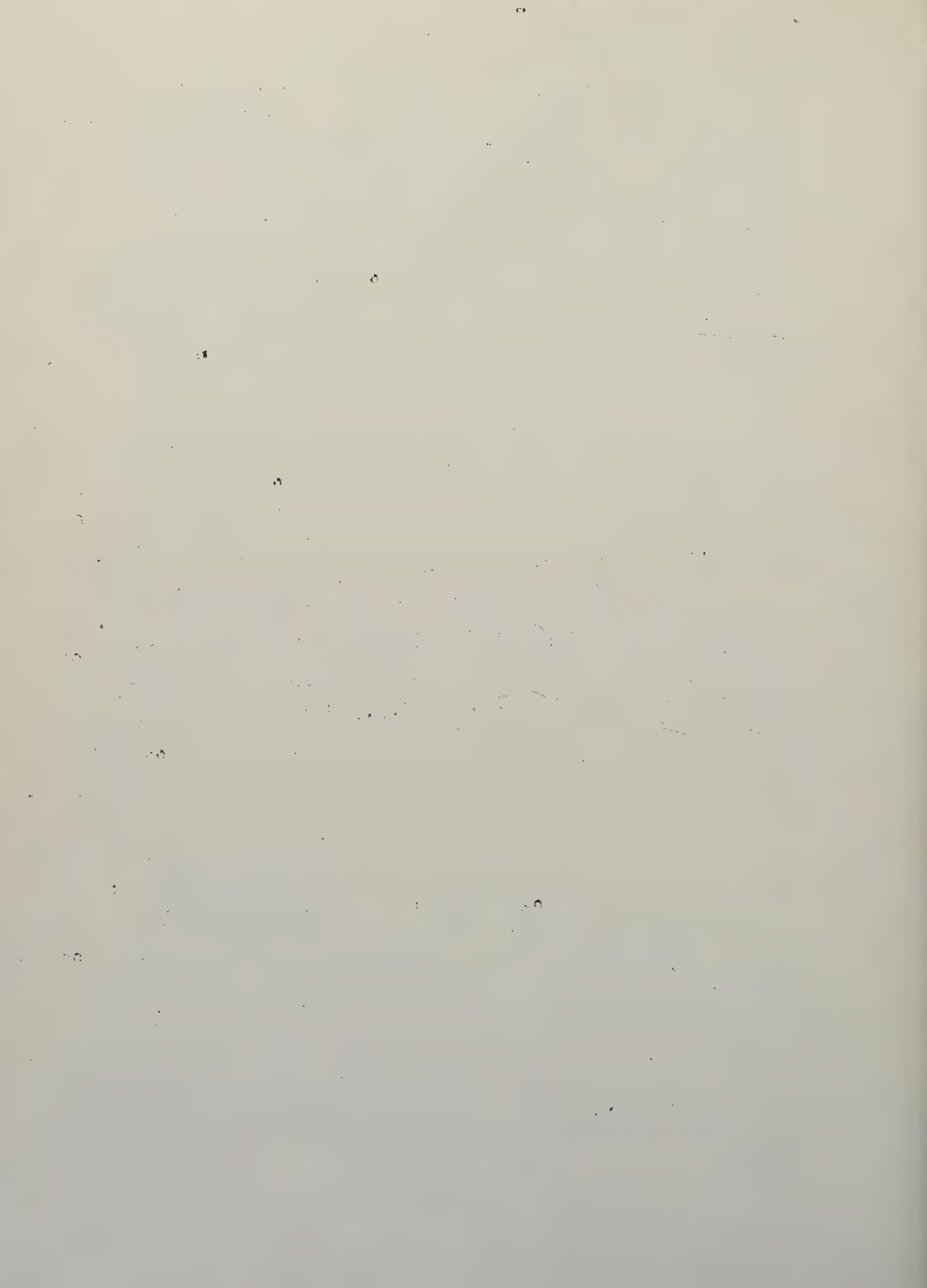


la cure chirurgicale de la hernie obturatrice étranglée. BOULARD et GARCIA attirent l'attention en 1965 sur les signes radiologiques de la maladie, et notamment sur une bulle d'air (bulle claire) projetée dans l'air obturatrice. LI PIAO fournit en 1965 quelques explications pathogéniques précisant en quelque sorte les travaux de PIMBET, de LORTAT-JACOB. Puis viennent les publications de FRANCILLOU BRACONNOT FISCHER et PESCHARD en 1968 pour ne citer que ceux-là, sans parler des quatre observations de GOYER et PLANE qui font d'ailleurs l'objet de cette thèse et dont trois datent de 1969.

On remarque à travers toute cette littérature que la hernie obturatrice étranglée s'est peu à peu démystifiée du moins dans une certaine mesure. On sait dorénavant qu'elle se manifeste sous forme d'une occlusion du grêle mais avec ceci de particulier, c'est qu'il s'agit d'une occlusion au long cours, 5 à 8 jours de moyenne, quelquefois même 15 jours (CARAVEN). Il y a d'autre part, confirmation du signe de RONBERG, confirmation du signe de COLLET (douleur de collet) mise en évidence par T.R. ou T.V. L'on sait également que la dite hernie se présente tardivement dans certains cas sous forme d'une tuméfaction de la racine de la cuisse.

Par ailleurs, certains appoints radiologiques sont venus enrichir le tableau clinique:

Importance d'une image claire siégeant dans le petit bassin et se projetant vers le trou obturateur. Et enfin nous possédons des explications pathogéniques : La survenue de l'affection étant liée à la modification de la statique pelvienne, mais plus spécialement l'amaigrissement qui entraînerait une disparition du bouchon graisseux obturant normalement le canal sous-pubien.



## RAPPELS ANATOMIQUES

Pour mieux comprendre les difficultés du diagnostic clinique et du traitement, il paraît souhaitable de procéder à un petit rappel anatomique.

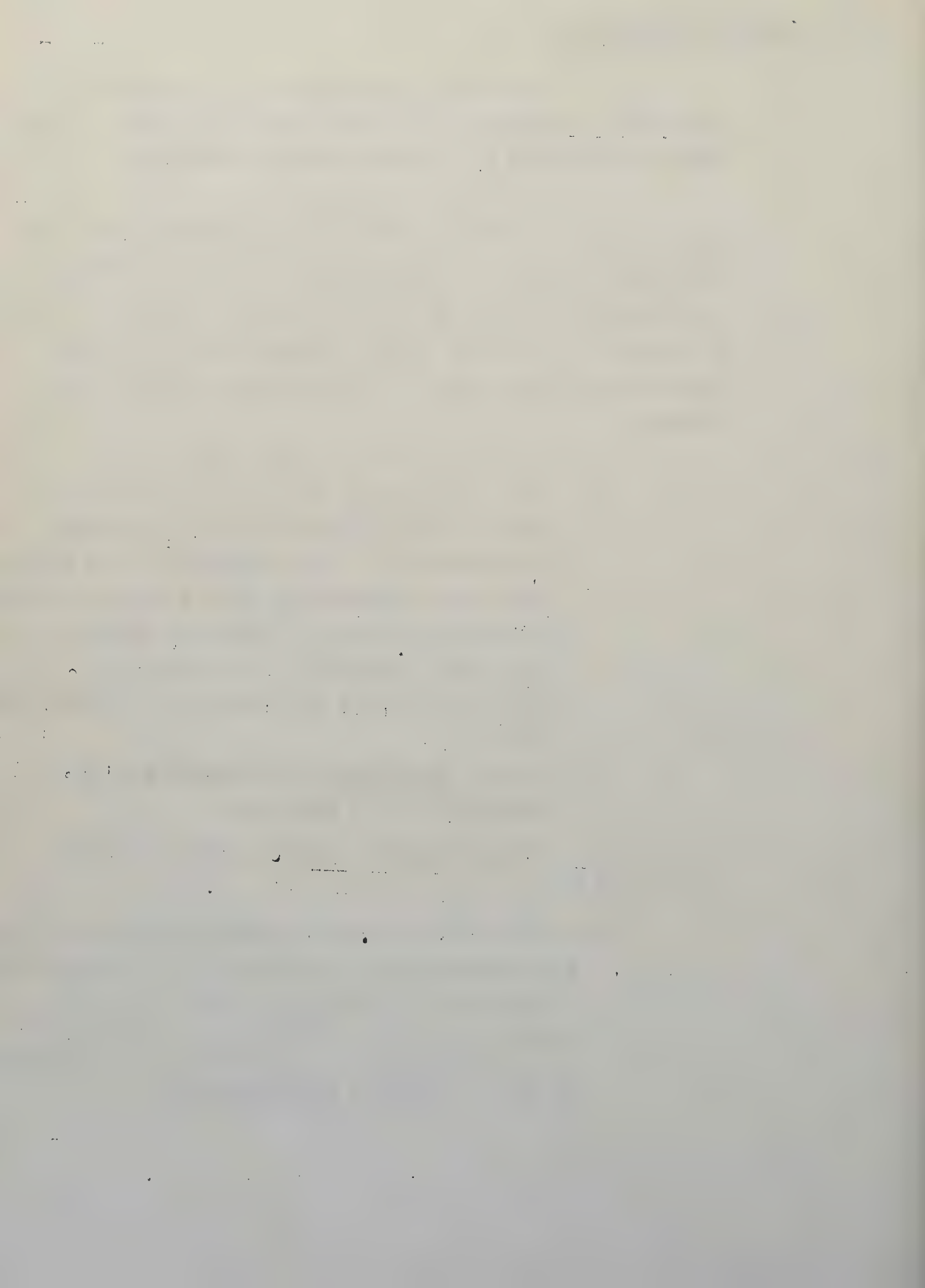
La hernie obturatrice étranglée étant une hernie acquise, se produit par un orifice naturel: le canal obturateur ou sous-pubien. Il s'agit d'un conduit ostéo-fibreux de 2,5 cm à 3 cm de long, oblique en bas, en avant et en dedans, faisant communiquer la cavité abdomino-pelvienne avec la partie supéro-interne de la cuisse.

Il est composé de deux parois:

- L'une INFERIEURE, fibreuse, formée par le segment antéro-supérieur de la membrane obturatrice, le bord supérieur de la bandelette sous pubienne et par le tissu cellulo-graisseux qu'occupe l'angle de DIERDRE. La dite paroi est doublée en dedans par l'obturateur interne, en dehors par l'obturateur externe.
- L'autre SUPERIEURE, constituée par la gouttière sous - pubienne.

Le dit canal ainsi constitué possède deux orifices: soit l'orifice:

- ANTERIEUR ou crural, limitée en bas par le bord supérieur de la bandelette sous-pubienne et par les faisceaux les plus élevés du muscle obturateur externe, en haut par le rebord antérieur de la gouttière sous-pubienne et le ligament pubo-fémoral.



- POSTERIEUR ou PUBIEN , encadré par le bord libre de la membrane obturatrice en bas et par le rebord postérieur de la gouttière sous pubienne en haut.

C'est dans ce canal que cheminent les vaisseaux et nerfs obturateurs.

### VARIETES ANATOMIQUES

Du point de vue anatomo-pathologie, il existe plusieurs variétés anatomo-clinique. Mais nous nous en tiendrons, quant à nous, à trois formes principales proposées par ROCHARD.

- a/ Forme intersticielle: Caractérisée par le fait que la hernie obturatrice reste engagée dans l'interstice.
- b/ Forme retro-pectinéale: Où la hernie émerge du canal sous-pubien soit par l'orifice externe du dit canal, soit par l'interstice musculomembraneux sous-jacent. Elle reste donc profonde.
- c/ Forme anté-pectinéale: Dans cette dernière forme, la hernie obturatrice traverse l'interstice pectiné moyen adducteur par l'orifice externe et devient alors superficielle.

D'après l'ensemble des observations publiées il semble que la forme retro-pectinéale soit la plus fréquente des trois. Seulement cette division n'est que trop schématique et, de toutes, c'est assurément la hernie complète, faisant issue par l'orifice crural du canal sous-pubien qui est la plus fréquente, et c'est donc elle qui nous intéresse particulièrement. Quant à l'étranglement son agent habituel est l'arcade fibreux qui dépend de l'aponévrose de l'obturateur interne.



## RAPPELS ETIO-PATHOGENIQUES

La hernie obturatrice étranglée est une maladie des vieillards. Elle frappe en effet, des sujets âgés, 70-80 ans et de sexe féminin dans 93 % des cas. On cite néanmoins quelques cas où elle est survenue chez des sujets jeunes entre 30 et 50 ans. Mais elle est avant tout le lot des femmes âgées et amaigries.

En plus, on note chez ces femmes, presque toujours une modification de la statique abdomino-pelvienne (PAYA et CABY, PIMBET, M.J. ROY et LORTAT-JACOB) Qu'il s'agisse des phénomènes physiologiques: grossesse suites d'accouchement ou de phénomènes pathologiques: gros kyste de l'ovaire, cyphoscoliose avec hyperlordose, mal de POTT, ou consolidation vicieuse des fractures du col de fémur.

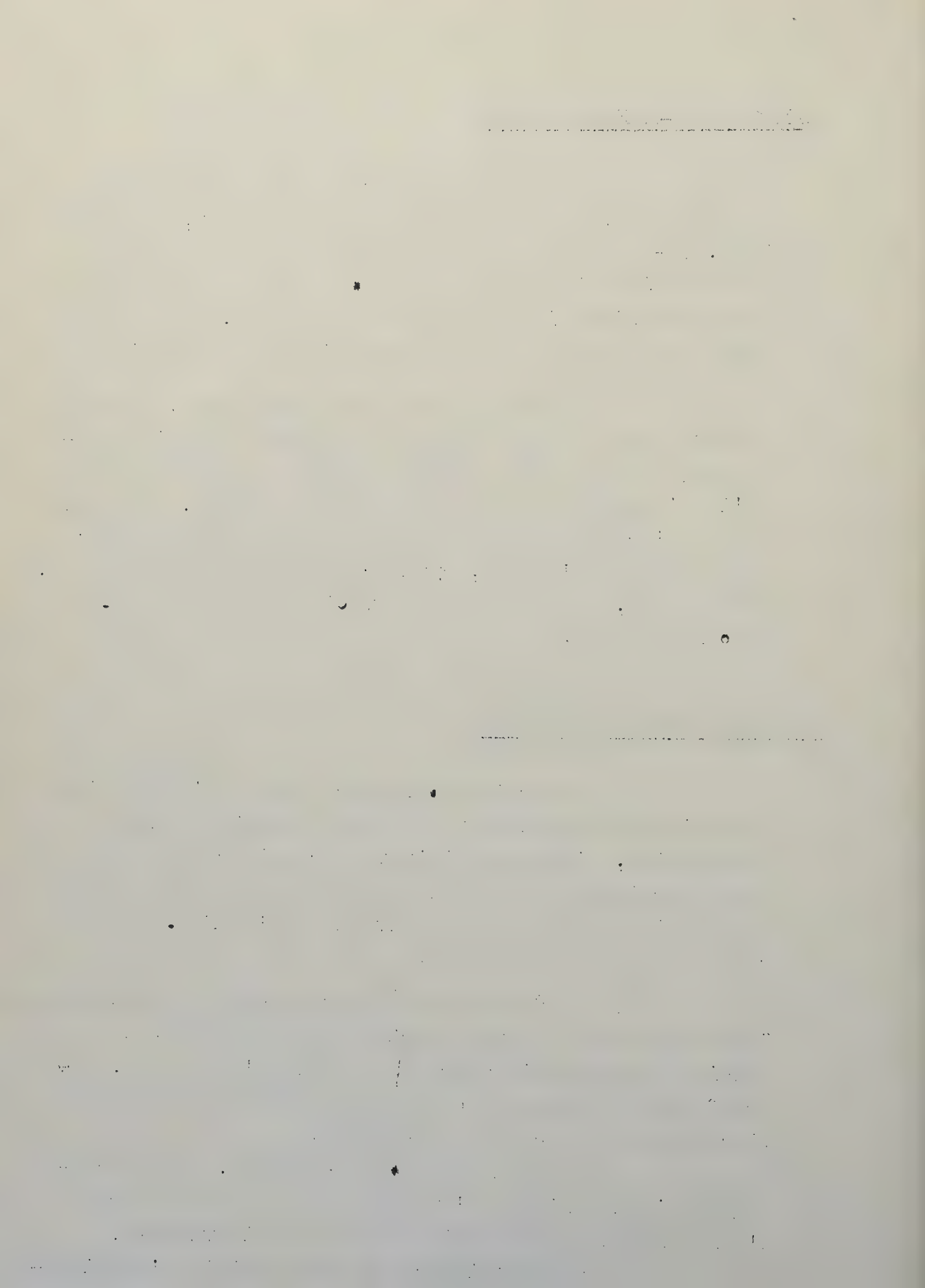
## EXPLICATIONS PATHOGENIQUES

La hernie obturatrice serait l'effet d'un amaigrissement rapide et important entraînant une disparition, sinon une diminution considérable de la couche graisseuse sous péritonéale servant normalement de coussinet protecteur au niveau de l'orifice postérieur du canal sous pubien.

La lâcheté de la musculature de ces personnes âgées jouerait en outre un rôle très important. La hernie se produirait alors à la suite d'un effort, entraînant une poussée abdominale tendant à chasser les viscères dans le canal sous-pubien.

Le canal étant ostéo-fibreux, et par conséquent inextensible, l'évolution de la hernie vers l'étranglement deviendrait dans ce cas inévitable.

La prédominance du sexe féminin s'expliquerait par le fait que chez la femme, l'inclinaison du



trou obturateur et partant de l'orifice du canal forme avec l'horizontal un angle de 20 à 25 degrés alors que cet angle est plus étroit chez l'homme. D'autre part, tandis que le diamètre transversal de l'orifice profond du canal est de 3, 1/4 cm chez l'homme, il est de 3 1/2 cm chez la femme.

Par ailleurs, le canal sous-pubien est rempli, bourré par un tissu graisseux chez la femme, alors que chez l'homme, ce tissu est plutôt cellulaire et de ce fait plus résistant.



EXPOSE  
DES  
OBSERVATIONS

---



OBSERVATION N° I .-

MADAME ....., 85 ans, admise dans la nuit du 17 au 18 Août 1968 pour vomissements fécaloïdes et déshydratation importante.

L'interrogatoire de la patiente est difficile néanmoins, on arrive à savoir qu'elle est sujette à une constipation chronique (une à deux selles par semaine).

Elle signale d'autre part une douleur du flanc droit apparue depuis quelques jours sans toutefois en donner des précisions quant à son mode de début. Il existe par ailleurs un arrêt des matières et gaz.

L'examen clinique fait à l'entrée révèle des vomissements fécaloïdes, un arrêt complet des matières et gaz, une douleur du flanc et de la hanche droite, dont la mobilisation est douloureuse.

A la palpation, l'abdomen est souple dans son ensemble quoiqu'on note l'existence d'un météorisme discret et généralisé.

La percussion est sonore surtout dans le flanc droit.

Les orifices herniaires sont libres. Il existe cependant sur l'abdomen une cicatrice de la F.I.D. de type Mc. BURNEY.

Le T.R. n'apporte rien de particulier à part l'existence d'un fécalome. La radiographie de l'abdomen sans préparation faite en urgence debout et face, montre une distension du colon transverse, et deux



OBSERVATION N° II

MADAME ....., 73 ans , hospitalisée le 12.2. 1969 pour syndrome occlusif.

L'interrogatoire met en évidence des douleurs abdominales basses et des vomissements évoluant depuis 15 jours. Il y a d'autre part, un arrêt complet des matières et des gaz survenu depuis deux jours de plus en plus coïncidant avec l'accroissement des vomissements qui sont devenus abondants et noirâtres.

On note en plus des antécédents de hernie hiatale , de tuberculose pulmonaire et de mal de Pott.

L'état général est assez satisfaisant. Mais on est cependant frappé par l'état de déshydratation et de maigreur ( 37 Kgs).

L'examen de l'abdomen montre un météorisme avec des ondulations péristaltiques de la F.I.D. mais l'absence de cicatrices au niveau de l'abdomen, quoiqu'il existe une hernie inguinale droite, indolore et réductible.

Dans l'ensemble, l'abdomen est souple sauf au niveau de la F.I.D. qui est d'ailleurs douloureuse. Le T.V. ne montre rien de particulier.

L'examen de l'abdomen sans préparations pratiqué debout et de face décèle de nombreux niveaux liquides sur le grêle, une poche à air gastrique sus-diaphragmatique et des opacités intestinales disséminées dues à l'ingestion de bismuth.

Le diagnostic d'occlusion organique du grêle d'étiologie indéterminée est posée et on instaure un



traitement d'urgence comprenant réanimation et antibiothérapie-opératoire.

Le 13.2.1969, l'intervention est décidée: médiane para-ombilicale sous A.G. On trouve des anses intestinales dilatées dont une partie terminale se dirige et s'engage dans l'orifice obturateur gauche. On parvient à la réduire par des simples tractions douces. Il n'y a pas de nécrose et la fermeture du sac est réalisée au moyen d'une série de bourses, alors que la vessie est fixée au devant de l'orifice par des points de nylon.

Les suites opératoires sont simples et la malade quitte le service le 13 ème jour.



OBSERVATION N° III

MADAME H.L. 89 ans , est hospitalisée deux fois à cinq jours d'intervalles.

Le 7 Juillet 1969 pour suspicion fracture du col du fémur droit à la suite d'une chute de sa hauteur. Il existe en effet, une douleur dans la région inguinale, le membre inférieur droit est en flexion et en rotation externe. Cependant les autres investigations, notamment la radiographie de la hanche droite ne montre pas de signes de fracture ! Il est signalé par ailleurs une constipation de quatre jours et quelques nausées qui sont attribuées au traumatisme.

La malade quitte le service.

Le 11 Juillet , elle est réadmise avec des signes d'occlusion. Elle n'a pas eu de selles depuis une huitaine de jours. Il existe des vomissements espacés et notre malade se plaint en outre d'une douleur sous ombilicale sourde.

L'abdomen est modérément dilaté à l'examen avec prédominance dans la F.I.D. Celle-ci est légèrement sensible, les touchers pelviens et l'examen des orifices herniaires ne montrent rien d'anormal. Mais on constate, comme lors de la première hospitalisation, un membre inférieur droit en rotation externe et en flexion, une région inguinale sensible à la pression et à la mobilisation de la hanche.

Après 48 heures de réanimation, l'état est inchangé et apparaissent quelques ondes péristaltiques.



Cette constatation associée à la mise en évidence de nombreux niveaux liquides confirme le diagnostic d'occlusion du grêle d'origine mécanique.

Le rapprochement avec l'attitude de la cuisse permet de poser le diagnostic de l'hernie obturatrice étranglée droite, fait qui est confirmé par une radiographie du bassin pratiquée en Trendelenbourg et qui montre une bulle gazeuse située dans l'aire obturatrice de droite. L'intervention est pratiquée le 13.7.69 Médiane sous-ombilicale sous A.G. Le grêle est distendu et une anse est insérée dans le trou obturateur droit, dont la désincarcération paraît difficile.

Au cours de la manoeuvre, l'anse incarcerationnée nécrosée se déchire, laissant dans le fond du sac quelques débris sphacelés. On procède à une résection du grêle de 15 cm environ et on termine par une anastomose termino-terminale. Ne pouvant fermer le canal obturateur pour des raisons locales et ne pouvant prolonger l'intervention à cause de l'état de la patiente, on se contente d'effectuer une toilette péritonéale et on ferme l'abdomen, le canal obturateur étant drainé par une contre incision inguinale.

Les suites opératoires sont simples du côté digestif, mais la malade meurt 20 Jours après l'opération des suites d'une gangrène ischémique du membre inférieur droit.



OBSERVATION N° IV .-

MADAME C..C.. 91 Ans est admise le 4 Juillet 1969 pour occlusion fébrile du grêle évoluant depuis huit jours.

L'examen révèle l'existence d'un météorisme abdominal discret, non douloureux, mais accompagné d'ondulations péristaltiques. Les orifices herniaires sont libres.

On pratique ensuite des radiographies de l'abdomen qui montrent des niveaux liquides. Le diagnostic porté est celui d'une occlusion appendiculaire.

Le 5 Juillet, on décide d'intervenir. Voie médiane sous-ombilicale sous A.G. . On découvre une anse du grêle étranglée, celle-ci étant pincée latéralement au niveau de l'orifice obturateur droit, et bien nécrosée. On procède à la résection de la portion sphacélée, suivie ensuite d'une anastomose termino-terminale en un plan.

La fermeture de l'orifice obturateur se fait par une bourse au niveau du péritoine, l'âge et l'état de la malade incitant plutôt à s'abstenir de toute intervention tendant à la fermeture du canal sous-pubien. La paroi est refermé en trois plans après toilette péritonéale.

Mais la malade décède brutalement dans la soirée malgré toutes les précautions prises.



OBSERVATION N° V.-

MONSIEUR R....G 53 ans est admis dans le service pour un syndrome abdominal dans la soirée du 10.2.1970.

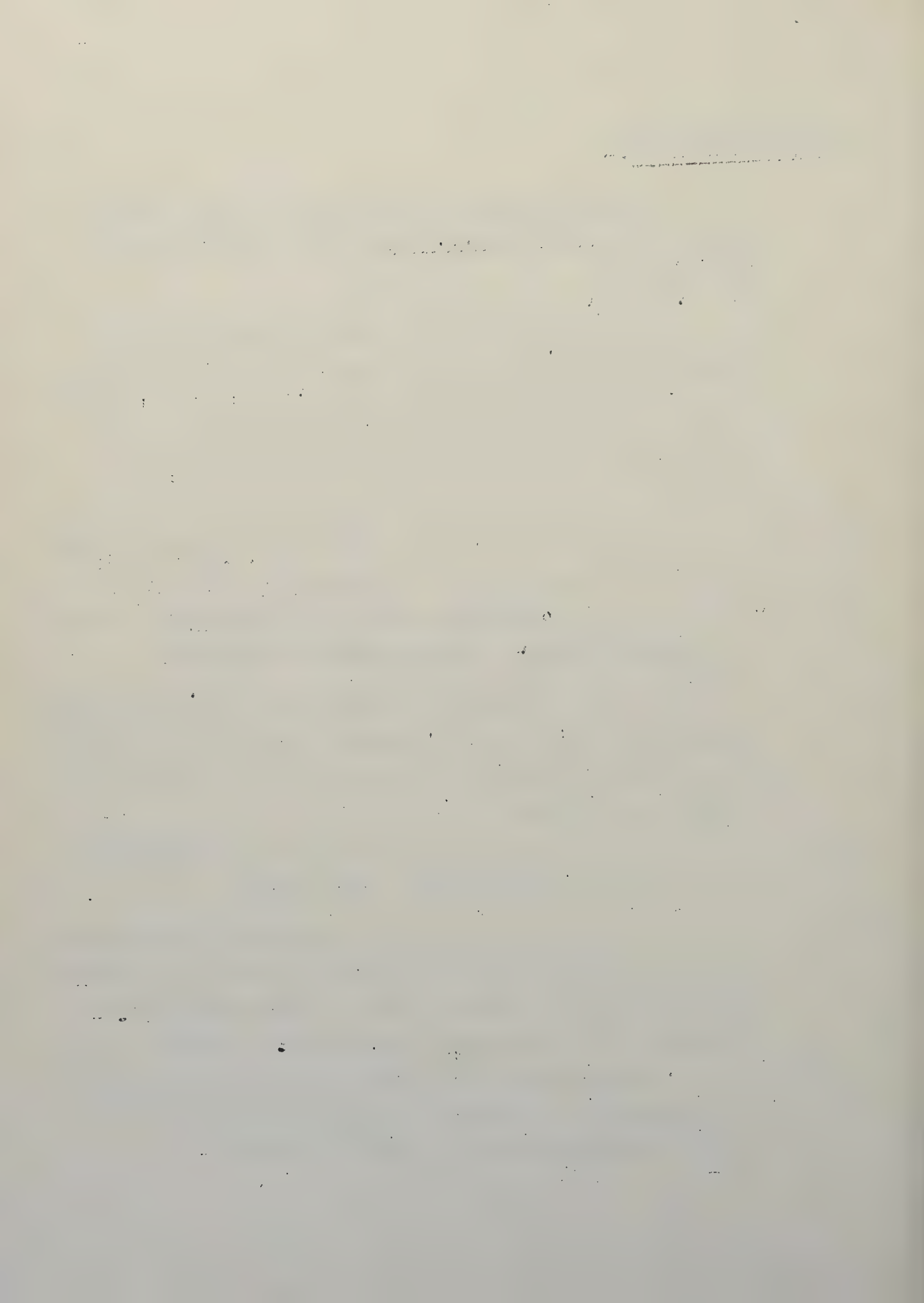
Il s'agit d'un malade longitiligne maigre. L'interrogatoire révèle qu'il s'agit d'une douleur abdominale survenue d'une façon plus ou moins brutale, évoluant depuis 4 à 5 jours environ, sans vomissements, ni arrêt de matières et gaz.

Mais apparition depuis le 9.2.70 au soir de vomissements noirâtres de moyenne importance, associés à un arrêt complet de matières et gaz. On ne note rien de particulier dans les antécédents, à part un épisode grippal survenu voici 3 semaines.

A l'examen, l'abdomen est assez météorisé, sans ondulations péristaltiques cependant, mais une sensibilité diffuse de l'hypogastre avec légère prédominance à gauche.

Il n'existe pas de cicatrices abdominales et les orifices herniaires sont libres.

Un radiographie de l'abdomen sans préparations pratiquée debout et de face montre une distension des quelques anses grêles, mais sans niveaux liquides. Le diagnostic d'occlusion du grêle de cause indéterminée est évoquée et on met le malade en aspiration gastrique associée à une réanimation hydro-électrolytique et antibiothérapie.



Le II.2.1970, les vomissements persistent et augmentent au contraire en abondance. On pratique un nouveau cliché de l'abdomen sans préparations qui montrent une importante distention du grêle avec des niveaux hydro-aériques.

On décide alors d'intervenir. Médiante paramombilicale sous A.G. On trouve des anses iléales très dilatées et d'autres plates dont une se dirige vers l'orifice obturateur gauche.

On la libère assez facilement par de petites tractions douces. Elle n'est pas du tout sphacelée et on remarque nettement sur cette portion la marque d'un pincement latéral confirmant l'étranglement. Le canal obturateur est laissé tel quel et on ferme la paroi abdominale en trois plans.

Les suites opératoires sont simples et le malade quitte l'Hôpital le 15 ème jour.



- C L I N I Q U E -

— — — — —



L'étude des 36 cas de hernie obturatrice étranglée dont 31 relevés des publications de ces dernières années nous amène à considérer trois aspects différents de ce qui concerne la clinique de cette maladie.

### ASPECT TYPIQUE

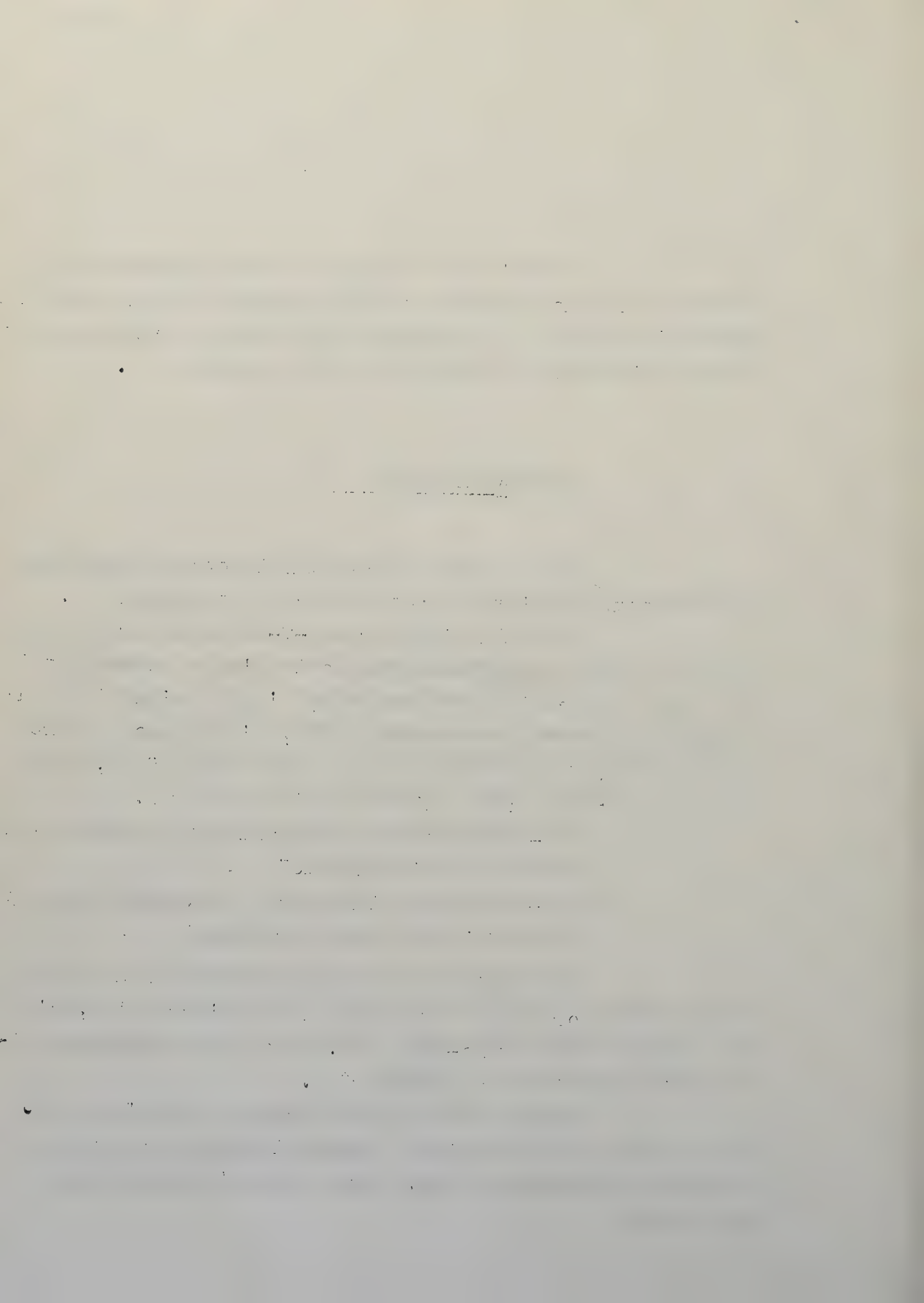
On le sait la hernie obturatrice étranglée provoque en s'étranglant une occlusion du grêle.

Aussi se trouve-t-on dans la majorité des cas devant la banale symptomatologie d'occlusion intestinale. Mais avec ceci de particulier, c'est qu'il s'agit d'une occlusion de cause indéterminée, d'évolution progressive, fatarde, frappant généralement une femme âgée, et chez laquelle on note: un arrêt de matières et gaz.

- des vomissements alimentaires au début, devenant vite fécaloïdes.
- un météorisme abdominal, accompagné quelquefois des ondes peristaltiques.

L'examen radiologique pratiqué en ce moment montre alors des images confirmant l'occlusion, c'est à dire des niveaux hydro-aériques, associés à une distension parfois même importante du grêle.

Mais à côté de ces signes d'occlusion du grêle on met en évidence des signes propres à la hernie obturatrice étranglée. Signes que l'on peut schématiser comme suit:



- 1°/ Il existe une douleur de la racine de la cuisse, douleur irradiant vers la malléole interne, exacerbée par la mobilisation du membre. Ce dernier étant lui-même en rotation externe. Tout cet ensemble des signes constitue ce qu'on appelle le signe de ROMBERG-HOWHIS. Ce signe lorsqu'il existe doit faire porter le diagnostic formel de hernie obturatrice étranglée.
- 2°/ L'existence d'un psoïtis
- 3°/ La perception d'un certain cas, dans le triangle de scarpa en avant des adducteurs, d'une tuméfaction molle, irréductible, à ne pas confondre avec une hernie crurale comme cela se fait souvent.
- 4°/ Les touchers rectal et vaginal venant compléter l'investigation décèle une douleur latéro-pelvienne, appelée signe du collet ( PIMBET, LORTAT-JACOB, LI PIAO).

Ces signes associés à l'état d'occlusion ou de sub-occlusion du grêle de cause inconnue, pour peu qu'on est à faire à une personne âgée et amaigrie affirment en principe l'étranglement dans le canal obturateur. Malheureusement, ce diagnostic n'a été porté que 8 fois sur 36, soit un peu plus d'un quart des cas.



T A B L E A U -II

OCCLUSION OU SUBOCCLUSION DE GRELE DE CAUSE INDETER-  
MINÉE .

En réalité, c'est l'éventualité la plus fréquente. ( 25 fois sur 36 soit  $3/4$  des cas environ).

Il convient de rappeler que le tableau clinique ici est le même que dans l'aspect typique.

Seulement devant une personne âgée, amaigrie confuse dont l'occlusion a pu se déclencher de façon insidieuse, on évoque à priori le diagnostic de tumeur intestinale, d'Ileus biliaire, voir même volontiers d'appendicite de vieillard, le psoïtis aidant.

Quoi d'étonnant lorsque l'interrogatoire de ces malades, fait essentiel pour permettre la mise en relief des signes particuliers, est rendu difficile par suite de leur état psychique. Et même alors lorsque ces signes existent, ils ne sont pas rattachés à leur juste cause. On comprend fort bien que le diagnostic exact ne peut être obtenu qu'à la suite d'une laparotomie exploratrice.



### T A B L E A U - III

#### PHLEGMON PYOSTERCORAL

Ceci, on s'en doute bien, est le stade terminal de la maladie. On le rencontre quand l'affection d'allure atypique: arrêt incomplet de matières et de gaz, vomissements minimes ou inexistants, très peu ou pas du tout de météorisme, et après plusieurs jours d'évolution, la portion intestinale incarcerated se sphacèle, se nécrose et forme un abcès qui finit par se colleter à la racine de la cuisse.

L'évolution se fait vers la fistulisation spontanée. La fistulisation peut être obtenue par simple incision également. Qu'elle soit spontanée ou chirurgicale, cette fistulisation est d'extrême gravité, car elle signe l'arrêt de mort dans ce sens qu'elle entraîne une fistule iléale externe intarrissable avec toutes les conséquences qu'elle comporte.

#### SIGNES RADIOLOGIQUES.

La radiographie de l'abdomen est devenue depuis quelques temps un recours capital en matière de hernie obturatrice comme dans toute autre affection courante d'ailleurs.

L'abdomen sans préparation montre en outre les images hydro-aériques et la distention des anses intestinales situées en amont de l'obstacle, une image caractéristique à la hernie obturatrice étranglée.

Il s'agit d'une bulle d'air (bulle claire) projetée dans le cadre obturateur et gardant invariablement sa position même si le malade est mis en position de Trendelenbourg (BOULLARD GARCIA et MORAN, LIPIAO).



- T R A I T E M E N T -

-----

1890

1891

1892

1893

Le traitement de la hernie obturatrice étranglée a fait couler beaucoup d'encre tant pour le choix de la voie d'abord que pour la technique elle-même.

Nous n'y reviendrons pas. Mais qu'il nous soit d'abord permis d'émettre une toute petite remarque. C'est que l'on perd souvent de vue que le choix d'une voie d'abord est avant tout fonction du diagnostic. Le fait que l'affection soit rarement diagnostiquée explique que la laparotomie soit la voie la plus fréquemment utilisée, cette voie permettant l'établissement d'un diagnostic préalable.

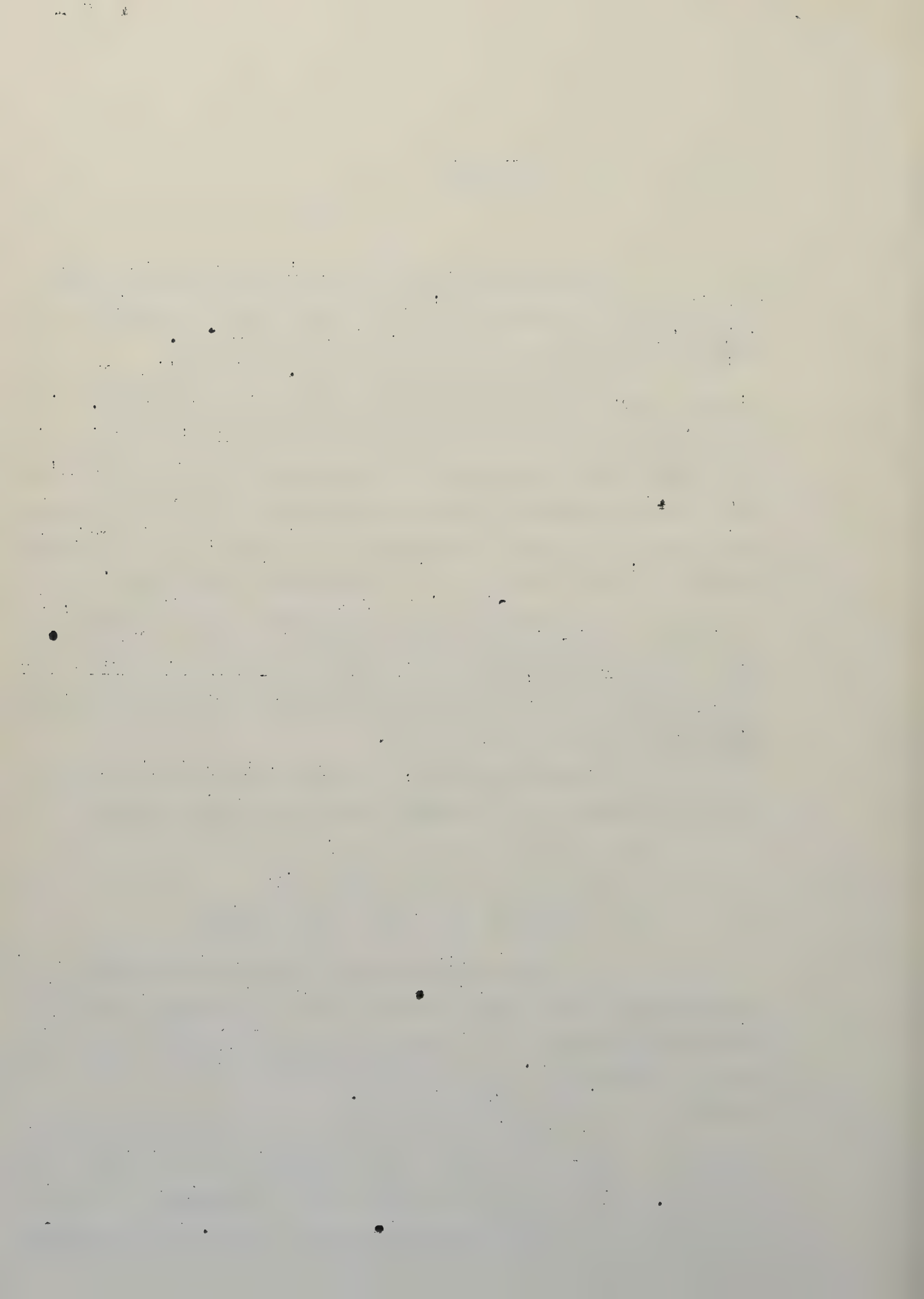
Si le choix d'une voie pose des problèmes, le traitement lui-même en pose davantage tant le canal sous pubien est profond, et que dire des patients si déficients généralement et pour lesquels il faut éviter toute intervention prolongée et délabrante.

Schématiquement, la cure chirurgicale de la hernie obturatrice étranglée tend à un triple but:

- 1°/ Réduction de la hernie
- 2°/ Résection du sac herniaire
- 3°/ Fermeture du canal sous pubien

Il est intéressant de rappeler que dans le cas particulier de la hernie obturatrice étranglée, seul le premier temps compte réellement, les deux autres étant plus ou moins aléatoires. Cet état des choses étant la conséquence directe de l'état des patients.

Ce chapitre de traitement nous permettra de passer en revue la plupart des techniques utilisées jusqu'à présent, puis nous ouvrirons en fin de chapitre un petit paragraphe sur des acquisitions actuelles. Nous décrirons



voies simples et combinées ensuite.

## LES VOIES SIMPLES:

### A/ La voie abdominale:

Elle est la plus utilisée. L'incision est médiane et sous-ombilicale. La réduction de l'anse incarcerated est quelquefois possible par cette voie, par simple traction douce. Dans ce cas on peut selon l'état de la malade, procéder soit à une fermeture du canal sous-pubien, soit laisser le canal tel quel.

Si la réduction est impossible, ce qui arrive souvent d'ailleurs, on est en droit de recourir à une autre voie de manière à dégager la portion intestinale incarcerated, par exemple la voie inguino-crurale, ou tout simplement procéder à une résection de la partie sphacelée et terminer l'opération par une anastomose termino-terminale.

Quant à la fermeture du canal ou plus exactement de l'orifice sous-pubien, il peut être réalisé par cette voie par simples bourses péritonéales en X soit par interposition d'un organe. Mais cela s'avère vite difficile du fait, d'une part de la situation du canal sous-pubien, et des modifications scléro-inflammatoires de la région.

### B/ Voie crurale :

Considérée jadis comme impossible à cause de la profondeur de la région obturatrice et surtout du péril vasculaire. Elle a été décrite par TRELAT. Un coussin épais étant placé sous le bassin du malade, la cuisse fléchie et en légère abduction, on pratique à 35 mm en dedans de l'artère fémorale et parallèlement à elle une incision de 5-6 cm de long. On découvre l'apanévrose pectinéale, puis avec une sonde cannelée on va explorer les interstices séparant le pectiné du premier puis du second adducteur.



Après avoir coupé quelques fibres du pectiné, on explore du doigt la région obturatrice. On pratique ensuite un débridement s'il y a lieu en se rappelant que c'est la membrane obturatrice qui forme l'obstacle et qu'elle doit être incisée en tenant compte de la position des vaisseaux et plus particulièrement vers le bas.

Cette voie donne un abord direct de l'orifice obturateur par sa partie exo-pelvienne, en passant tel que nous venons de le voir entre le pectiné et le moyen adducteur.

Mais on s'en doute bien, la réduction de la hernie est rendue difficile par la profondeur de la région obturatrice. L'exploration de l'anse étranglée ne peut s'effectuer, comme la fermeture du canal d'ailleurs.

#### C/ Voie inguinale ou sous péritonéale de MILLIGAN

La technique consiste à pratiquer une incision sus-jacente et parallèle à l'arcade crurale. On découvre facilement le péritoine après section du grand oblique et désinsertion des petits oblique et transverse. On procède ensuite à un décollement du cul-de-sac péritonéal jusqu'au niveau de l'orifice profond du canal sous-pubien. Le sac herniaire ainsi exposé est attiré, ouvert, son contenu examiné et traité au besoin. Le collet, lui, étant ligaturé facilement sous contrôle de la vue.

Pratiquement c'est la voie d'abord classique, sinon idéale et la fermeture de l'orifice peut se faire par différents astuces : lambeaux ostéopériosté, cartilage costal, lambeau musculaire etc.....

Mais aussi classique qu'elle soit, cette voie reste néanmoins étroite, rendant hasardeuse et difficile la tâche de l'opérateur. Elle n'a de valeur que dans le seul cas où le diagnostic est établi avec certitude notamment dans le cas de récurrence.



## LES VOIES COMBINEES :

Ces voies ont vu le jour à la suite des difficultés rencontrées par les opérateurs de terminer l'intervention par une unique voie d'abord. Il en existe plusieurs. Nous citerons pour mémoire la laparotomie sus-crurale complétée par voie obturatrice de COTTALARDA et ESCARRAS.

### A/ La voie abdomino-crurale GAUTHIER et FREDET:

Elle comporte une incision sus-crurale branchée à son extrémité interne par une autre verticale à la racine de la cuisse en dedans des vaisseaux fémoraux. Après désinsertion du pectiné et incision du sac herniaire, la hernie est réduite et traitée. Le sac est réséqué par le bas et la fermeture de l'orifice externe du canal sous-pubien s'effectue par des anses de catgut passées autour de la branche horizontale du pubis.

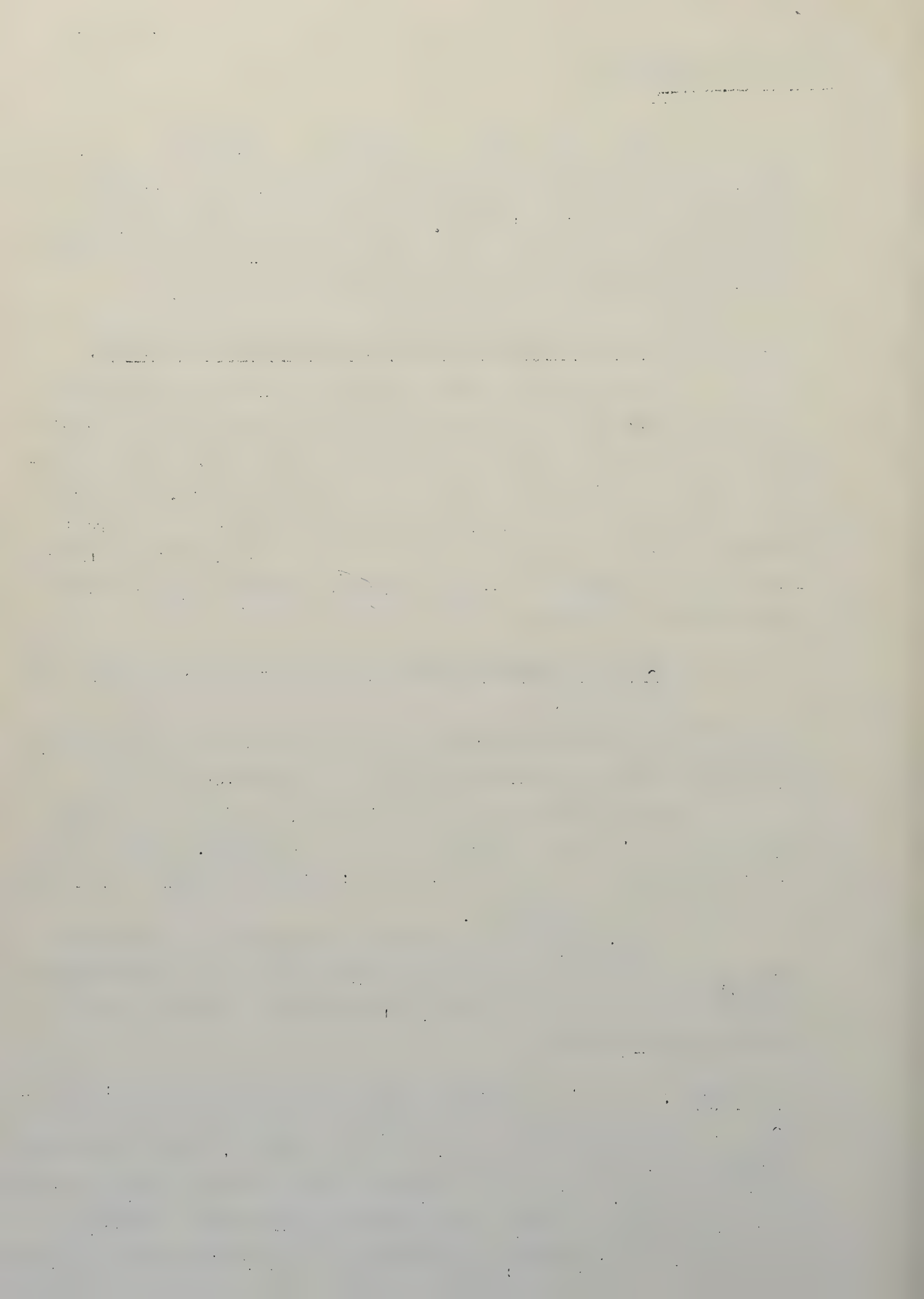
### B/ Voie inguino-crurale: ( LORTAT-JACOB, et ROY, PAYA et CABY).

Sa caractéristique est de comporter trois temps, : Intrapéritonéal, sous-péritonéal et inguino-crural.

La technique est la suivante: Incision cutanée parallèle à l'arcade crurale à 1 cm au-dessus, commençant et finissant à 1 cm en dehors de l'épine du pubis et longue de 8 à 10 cm en moyenne .

De l'extrémité interne s'abaisse une deuxième incision descendant dans la direction du 3<sup>ème</sup> adducteur et longue de 10 à 12 cm environ. L'ensemble dessine un L à angle supéro-interne.

1er temps : Par l'incision sus-crurale on traverse l'aponévrose du grand oblique, on sectionne par débridement le petit oblique et le transverse laissant de côté l'artère fémorale. On lie ensuite, puis on sectionne les vaisseaux épigastriques. Le fascia transversalis est effondré au-dessus du bord postérieur de l'arcade, on décolle le péritoine vers le trou



obturateur. Le péritoine est ouvert et on tombe juste au-dessus du trou obturateur en dedans des vaisseaux iliaques externes. On arrive sur le sac qu'on incise facilement.

La désincarcération de l'anse, son exploration sont rendues alors possibles de même que la résection du sac herniaire.

2ème temps : Après fermeture du péritoine, le tout est refoulé vers le haut découvrant l'orifice interne du trou obturateur que l'on essaie d'obturer.

3ème Temps: Inguino-scrotal. Il a pour but essentiel la fermeture du canal obturateur. Soit qu'on taille un lambeau musculaire au dépens du moyen adducteur ( PATA et CABY ). ou du pectiné ( STRATTER ) en ayant soin de garder leurs insertions pubiennes. Le lambeau ainsi obtenu est entraîné dans le canal obturateur de l'extérieur vers l'intérieur et fixé au ligament de COOPER .

Soit qu'on prélève une bandelette aponevrotique du grand oblique, le matériel ainsi prélevé est appliqué à la face interne du pelvis et fixé en haut au ligament de COOPER, et en bas par des points traversant le canal obturateur. (LORTAT-JACOB, PETTINARI) L'intervention se termine par la fermeture de la paroi en réinsérant les muscles larges à l'arcade et en fixant le tendon conjoint au ligament de COOPER.

Cette voie semble être la meilleure car non seulement elle donne le jour suffisant sur le trou obturateur, elle permet également d'effectuer d'une façon aisée, à condition bien entendu que l'état du malade le permette, la fermeture complète du canal sous-pubien.

C/ Voie crurale associée à une résection ilio-pubienne ( CARAVEN )

Voie décrite par CARAVEN et défendue par MACHOIRE dans sa thèse. Il faut tout de suite dire qu'elle est considérée à l'heure actuelle comme voie d'exception;



la tendance étant de rendre moins délabrante possible des interventions. Cette voie préconise, après incision crurale, une section de la branche ilio-pubienne, le but étant d'avoir le plus de jour possible sur l'ensemble du canal sous-pubien.

Ceci dans le seul cas où ayant utilisé l'abord crural, on se trouve devant l'impossibilité absolue de réduire par traction douce l'anse incarcerated.



## LES INDICATIONS

Bien entendu les indications dépendront essentiellement et forcément du diagnostic, tandis que la conduite à tenir tiendra compte avant tout de l'état du malade d'une part et de celui de l'intestin d'autre part. Ces deux notions primordiales à nos yeux sont si liées entre elles qu'il nous paraît indispensable de ne traiter ce problème que dans son ensemble.

Nous allons dans un premier paragraphe considérer les indications, suivi dans un deuxième de la conduite à tenir.

En ce qui concerne les indications, il y a trois éventualités à prévoir :

### 1er Cas :

Le diagnostic retenu est celui d'une occlusion ou sub-occlusion du grêle de cause indéterminée. La voie la plus indiquée sera la médiane sous-ombilicale. De l'état de l'intestin, de sa réductibilité ou pas sera dictée l'attitude du chirurgien. Si l'intestin est sain et que la réduction s'obtient facilement, et si le malade se trouve dans des conditions telles que l'intervention peut être poursuivie pendant un laps de temps assez long, on peut dans ce cas, soit procéder à la fermeture du canal par bourses péritonéales, soit laisser le canal tel quel dans lequel on laisse <sup>cas</sup> exposer le malade à des récidives éventuelles.

Si, au contraire, la réduction de la portion encarcérée est impossible, si l'anse est saine, on peut utiliser la section de la branche ilio-pelvienne (MACHOIRE et CARAVEN), sectionner l'intestin, réaliser alors une anastomose termino-terminale et extirper l'anse étranglée par une incision crurale immédiatement ou dans un second temps. L'anastomose latéro-latérale au pied de l'anse peut être



utilisée comme dérivation de sauvetage sur un sujet très affaibli.

Si, par contre, l'intestin est sphacélé, l'attitude logique est la résection, avec, comme dans la 1ère éventualité, anastomose termino-terminale. Mais l'état précaire de ces malades, comme c'est souvent le cas, peut nécessiter des gestes plus rapides: simple extériorisation, résection et abouchement à la peau.

### 2ème cas:

Le diagnostic porté est celui d'une hernie obturatrice étranglée.

Dans ce cas, l'éventail des voies à adopter est plus large. L'on aura recours soit à la voie inguinale de MILLIGAN, complétée en cas de besoin par une incision abdominale, soit purement et simplement à la voie médiane,

soit à des abords latéraux si on projette de faire des plasties et nous pensons plus spécialement à la voie inguino-crurale de LORTAT-JACOB, modifiée par PAYA et CABY.

### 3ème cas :

Tumeur de l'aîne.

L'abord crural semble propice. Il n'en est rien et il faudra l'associer à une incision abdominale comme dans le premier cas, car il faut se rappeler qu'il s'agit bien d'une voie étroite, et la situation profonde du canal sous-pubien rend encore plus difficile les gestes du chirurgien aussi habile soit-il.

Mais quelque soit la voie d'abord empruntée, l'opérateur se trouvera devant quatre difficultés; quatre problèmes fondamentaux à savoir :

1°/ La désincarcération: où elle est possible et



l'intestin est généralement sain, où elle ne l'est pas, soit du fait que la position étranglée ne peut se réduire, soit du fait que l'on redoute une déchirure intestinale au cours des manoeuvres.

En pareil cas, on est en droit de recourir à la voie de CARAVEN, autrement dit la section ilio-pelvienne. En réalité cela est rarement fait. Si on a utilisé la voie sus-crurale et que l'on aborde le sac par voie rétropéritonéale, des tractions douces sur le péritoine péri-~~or~~ificiel permettraient un désenclavement de l'ensemble du sac plus l'intestin( ROY ) . Si la hernie ne se désincarcère pas, il faut se résoudre à une résection intestinale suivie d'une anastomose termino-terminale.

Le fragment intestinal généralement sphacelé reste incarcéré et peut ensuite être extirpé soit par l'intérieur de la cavité péritonéale soit par une 2ème voie d'abord inguinale.

Cela entraîne des manoeuvres sceptiques intra-abdominales qu'il faudra prévoir avec une protection efficace.

Des débris intestinaux peuvent rester accolés dans le sac qu'il vaudra mieux alors traîner ( Obs. N° 3 )

En cas d'incarcération, le court-circuitage latéro-latéral, en laissant l'intestin en place, ne semble pas une bonne chose, car si le transit peut se rétablir, le spacle intestinal intra-herniaire aboutit à un phlegmon pyostercoral de la racine de la cuisse, qui, s'ouvrant spontanément à la peau, ou incisé donne une fistule intestinale grave( Obs. N° I )

## 2°/ L'intestin:

L'état de l'intestin constitue ainsi que la désincarcération, un problème majeur de la cure chirurgicale de la hernie obturatrice étranglée. Si l'on est forcé à une résection, seule l'anastomose termino-terminale est licite.



En excluant les extériorisations, les aboutissements à la peau et les anastomoses latéro-latérale en laissant tout en place.

### 3°/ Le sac herniaire:

Il en va sans dire que celui-ci est presque toujours laissé en place. Certains auteurs préconisent l'invagination-résection. Evidemment, tout dépend comme précédemment, de l'état du malade, ainsi que de celui de la portion intestinale étranglée. On peut être amené à le drainer dans certains cas (Obs. N°3)

### 4°/ L'orifice:

L'attitude à adopter tient compte plus ici qu'ailleurs de l'état général du sujet. On pourra réaliser soit une obturation précaire ( bourses péritonéales, interposition d'organes tels que l'ovaire, l'utérus, vessie ) soit une obturation durable par des plasties type LORTAT-JACOB ou CABY et PAYA, plasties nécessitant d'ailleurs des voies complexes et délabrantes.



## ACQUISITIONS ACTUELLES

---

Nous venons de le voir, l'oblitération du canal sous pubien et de son orifice est depuis toujours un objectif de la chirurgie de la hernie obturatrice étranglée. ( technique de LORTAT-JACOB, CABY et PAYA ).

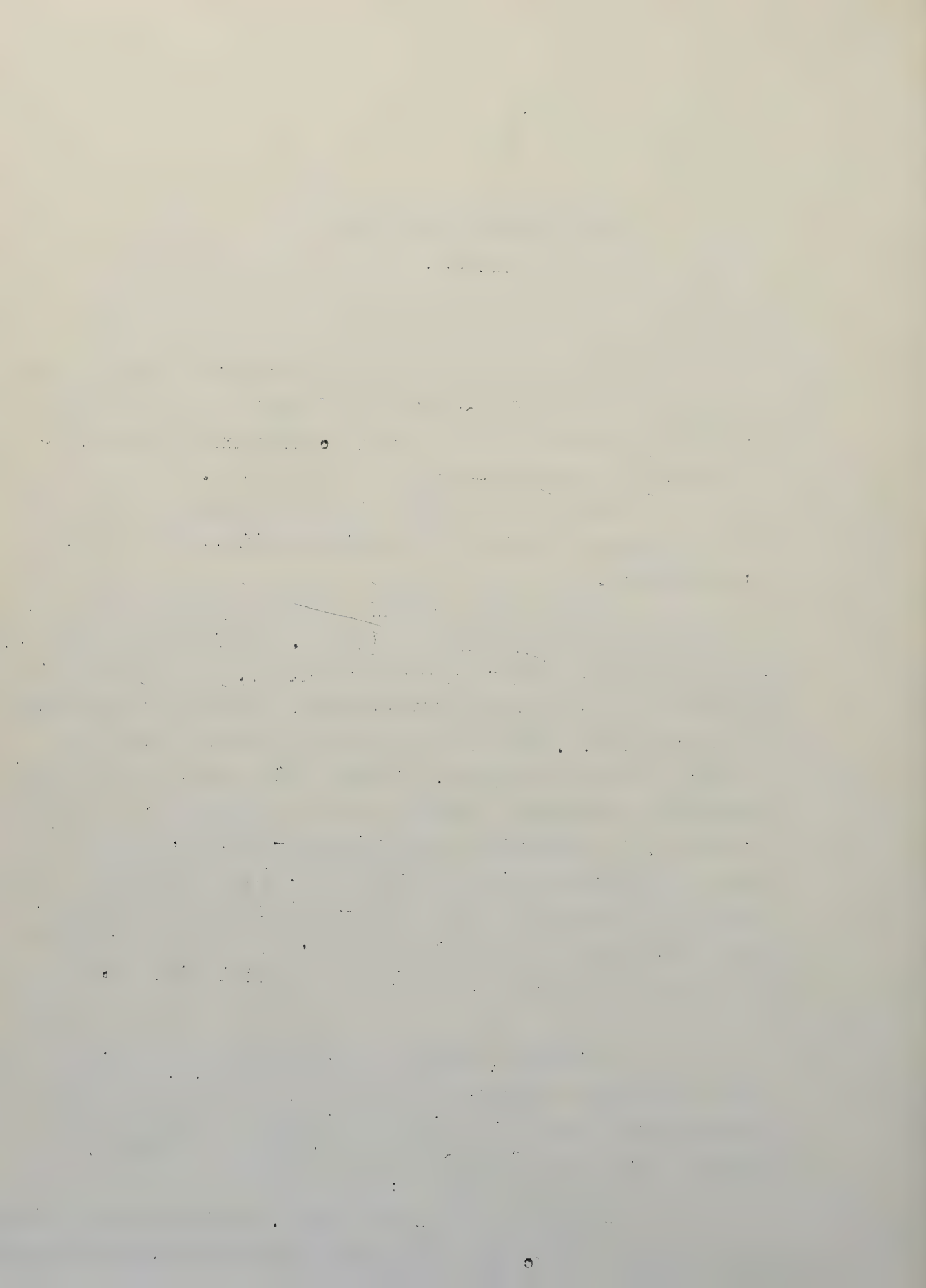
Mais l'état précaire des patients a toujours été un handicap sérieux, d'où l'hésitation, voire même l'abstention.

Les progrès réalisés dans le domaine médical ont fait changer le courant d'idées. Depuis quelque temps, la tendance est plutôt interventioniste, non pas que l'on pratique des techniques délabrantes, mais des gestes simples et rapides. M.J. ROY utilise pour la première fois des plasties à base de nylon. L'auteur cite deux cas de hernie obturatrice étranglée traités de cette manière. Le diagnostic posé, il intervient par voie sus-crurale. Après réduction de la portion iléale étranglée, il procède à la fermeture de l'orifice du canal sous-pubien par une plaque de nylon fixée par des points séparés. Actuellement un autre matériau plus souple ( mersilène ) pourrait être utilisé.

D'autres auteurs ( J. BARSOTTI et col. ) utilisent une plaque de peau prélevée sur l'incision opératoire, qu'ils placent par voie intrapéritonéale ( laparotomie médiane ) comme un " patch " sur l'orifice du canal.

Nous citerons l'auteur :

" Médiane sous-ombilicale, traitement de l'intestin et du sac selon les modalités habituelles, décollement





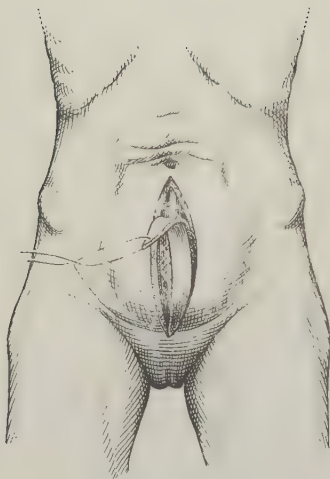


FIG. 1. — Prélèvement  
sur la cicatrice (ou peau conservée).

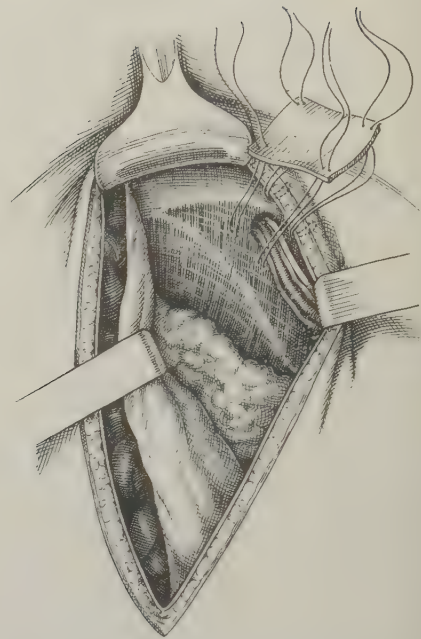


FIG. 3. — Amarrage de la plastie aux 4 fils de fixation.

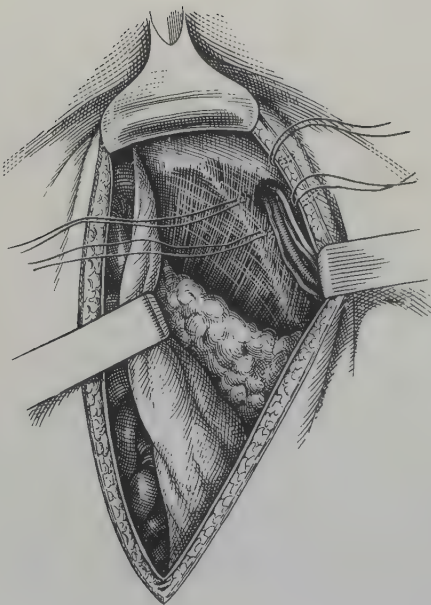
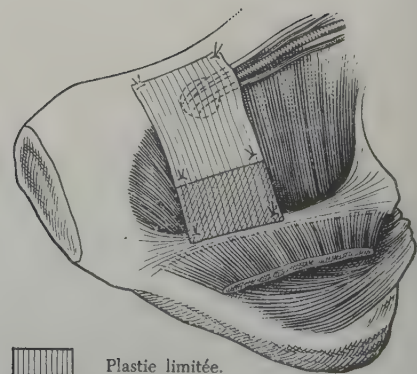


FIG. 2. — Mise en place de 4 fils  
au pourtour de l'orifice herniaire.



Plastie limitée.  
Plastie plus large fixée sur arc tendineux  
du fascia pelvien.

FIG. 4.

sous-péritonéal jusqu'au canal obturateur ( la flaccidité pariétale et la maigreur fréquentes de ce type de malades permettent en général, facilement cet abord sous-péritonéal

Mise en place de 4 fils au pourtour du trou obturateur: 2 points supérieurs fibro-périostés; 2 points inférieurs musculo-aponévrotiques ( obturateur interne et si besoin plus bas sur arc tendineux pelvien. Prélèvement sur les lèvres de l'incision cutanée d'une plaque de peau destiné à couvrir largement le canal obturateur ( 3x4 ou 3x5 ) ou utilisation de peau conservée au cialit. Le teflon serait peut-être plus irritant pour le pédicule obturateur. ( ROY ).

La plastie à la peau est amarrée aux 4 fils préalablement placés au pourtour de l'orifice obturateur. Elle coulisse le long de ces fils jusqu'au la région obturatrice interne où elle est appliquée sur la paroi pelvienne sans comprimer le pédicule obturateur.

Le péritoine refoulé par la poussée abdominale complètera cet accolement. "

Il n'y a certes pas encore suffisamment de recul pour émettre un jugement valable, mais on peut penser que de telles techniques, usant de moyens simples, ne nécessitant pas de dilacération musculaire et ayant pour conséquences la réduction considérable de la durée d'intervention, peuvent être qualifiées d'interessantes.



- R E S U L T A T S -

=====



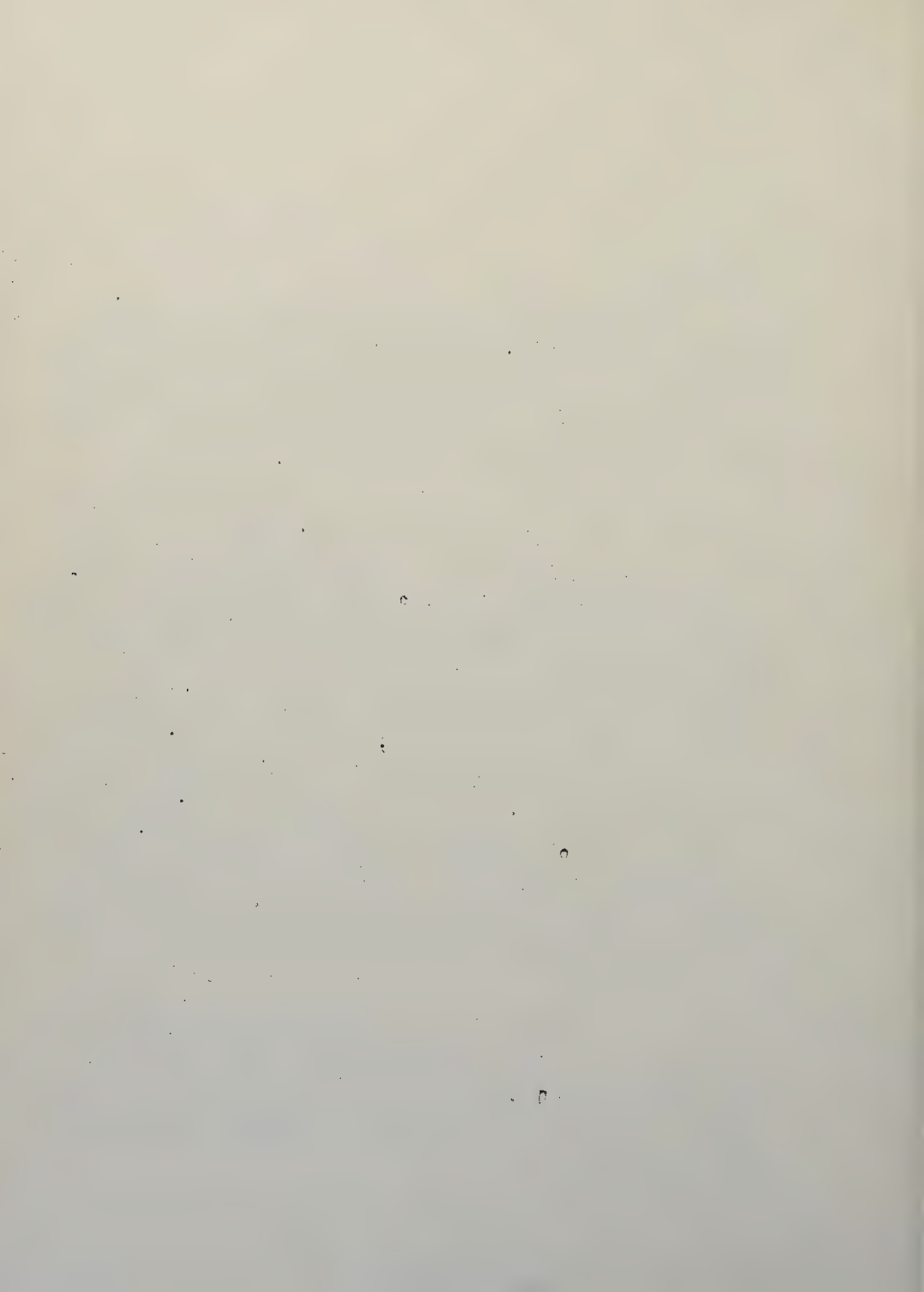
Le pourcentage de mortalité de la hernie obturatrice étranglée reste encore élevé. Mais si WILMS condamnait, en 1914, tous ceux qui en étaient frappés, on peut cependant noter une relative baisse du taux de mortalité actuellement.

De 80 à 90 %, on est passé à 50 à 60 %. Nous allons considérer dans ce chapitre 36 cas, dont 5 observations personnelles. L'étude analytique de ces 36 cas fait apparaître plusieurs faits intéressants. Du point de vue clinique, on peut affirmer que les femmes sont plus atteintes que les hommes :

- 33 femmes pour 3 hommes, soit 85 %/.

Quant à la moyenne d'âge, elle se situe entre 70 et 84 ans ; 25 fois sur 36, les malades se sont présentés avec des signes d'occlusion ou de sub-occlusion du grêle ; 8 fois seulement sur 36, le diagnostic de hernie obturatrice étranglée a été posé, soit 1/4 des cas environ, et deux sujets se sont présentés avec une tumeur de la région des adducteurs.

Du point de vue traitement, la médiane sous ombilicale semble plus utilisée comme voie d'abord, associée éventuellement à une incision inguinale ou sus-crurale. Et en ce qui concerne la technique proprement dite, il y a eu :





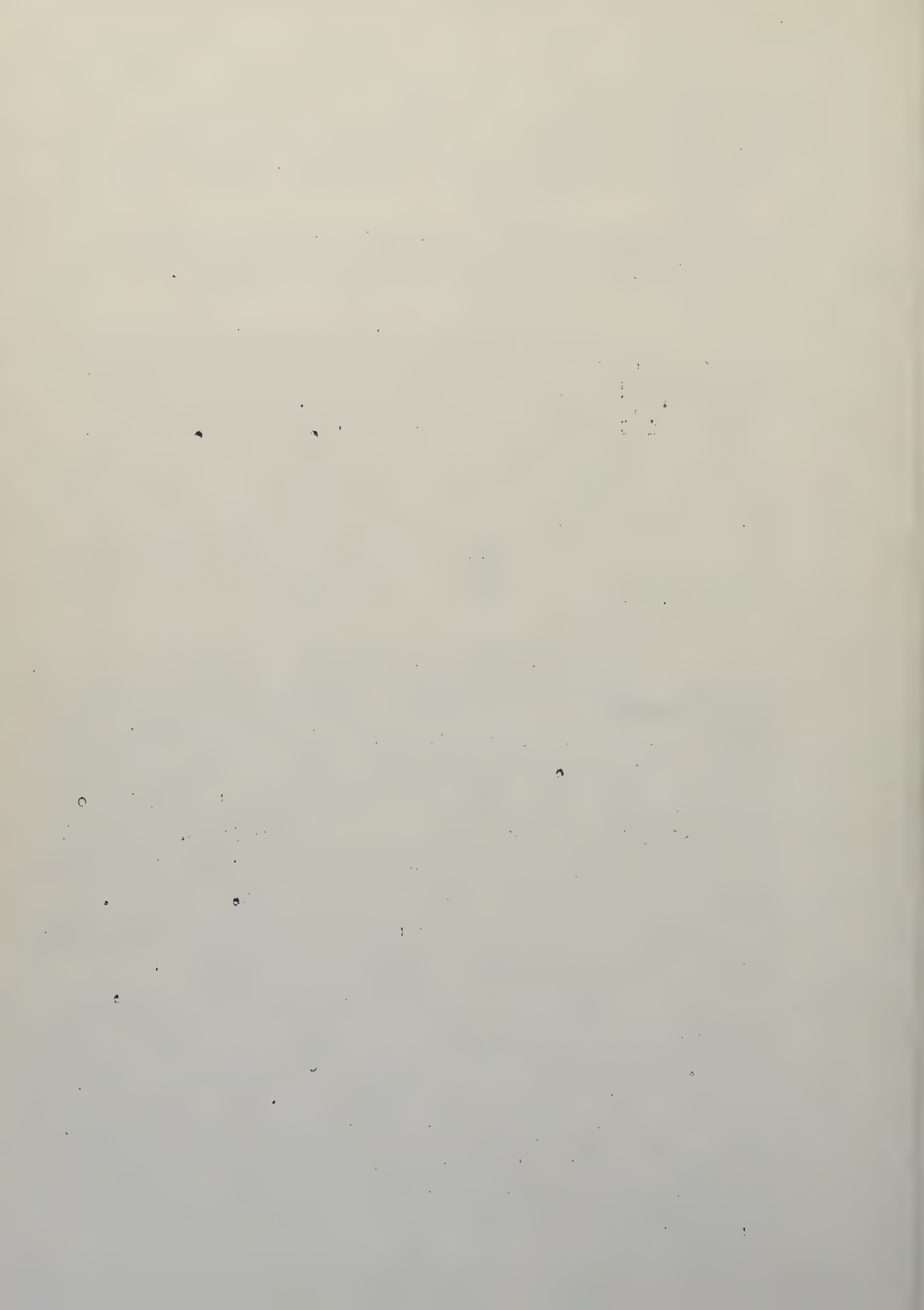
| AGE   | SEXE        | Signes et Diagnostic |                                   |                | VOIE                                         | TRAITEMENT                                |                            |           |         |                      |
|-------|-------------|----------------------|-----------------------------------|----------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------|-----------|---------|----------------------|
|       |             | Occlusion            | H. O. E.                          | Tumeur adduct. |                                              | Réduction seule                           | Résection Sphacele         | Fermeture | Plastie |                      |
| 71-88 | F           | 10                   | 0                                 |                | Médiane                                      | 7/ Déc. 3                                 | 3 +<br>3 déc.              | 3         | 0       | 10                   |
| 60-82 | F           | 4                    | 0                                 |                | Médiane                                      | 0/                                        | 4 / +<br>4 déc.            | 0         | 0       | 4 cas Lortat-J<br>19 |
| 76-70 | F           | 1                    | 2<br>Douleur<br>Tumeur            |                | 1 Médiane<br>2 sus-Anale                     | 3                                         | 0                          | 0         | 0       | 3 cas<br>19          |
| 54-69 | F + 2 M     | 4                    | 1 ?<br>Douleur<br>Obturatrice     |                |                                              | 1<br>1 Réduction<br>Spontanée<br>/ Déc. 1 | 4 /<br>4 déc.              | 1         |         | Desja<br>19          |
| 44-70 | F           | 1                    | 1<br>Douleur<br>Obturatrice       |                | Méd. + sus<br>Cruale<br>Iliaque<br>Suscurale | 2 /<br>0 déc.                             |                            |           | 2       | Caby<br>1943         |
| 87    | F           | 1                    | 1 Douleur<br>Inguinale            |                | Médiane<br>1 Crurale                         | 1 Réduction<br>Spontanée<br>/ 0 déc.      | 1 /<br>1 Déc.              |           | 0       | Soustelle et<br>19   |
| 64-78 | F           | 1                    | 1 Douleur<br>Inguinale<br>Romberg |                | Médiane<br>Médiane +<br>Suscurale            |                                           | 2 /<br>2 déc.              |           | 0       | Soustelle et<br>19   |
| 66    | M           | 1                    |                                   |                | Médiane +                                    | 1 Réduction<br>Spontanée                  | Résection<br>ilio-pubienne |           |         | Carav<br>19          |
| 78    | F           |                      |                                   | 1              | Médiane +<br>Inguinale                       |                                           | 1 /<br>0 déc.              |           |         | Francill<br>19       |
| 70    | F           |                      | 1 Douleur<br>Inguinale            |                | Médiane                                      | 1./ Déc. 0                                |                            |           |         | Lipia<br>19          |
| 73-91 | F           | 2                    | 1 Romberg                         | 1              | Médiane                                      | 1 / 0 Déc.                                | 3 /<br>3 déc.              | 2         |         |                      |
|       | 33 F<br>3 M | 25<br>16 déc.        | 8<br>4 déc.                       | 2<br>1 déc.    |                                              | 17<br>4 déc.                              | 18<br>déc. 17              | 6         | 2       | 36 / 2               |

- a/ Réduction simple : 17 fois sur 36 avec 4 décès.
- b/ Résection de la portion sphacelée : 18 fois sur 36 avec 17 décès
- c/ Fermeture du canal sous-pubien : 6 fois sur 36 et enfin il y a eu deux tentatives de plastie.

Ce tableau, loin d'être parfait reflète tout de même l'opinion déjà exprimée dans des chapitres précédents. A savoir, mortalité élevée, prédominance du sexe féminin, tableau clinique d'occlusion ou de sub-occlusion, âges avancées des malades. Mais ce qui frappe le plus, c'est le nombre de décès survenus après résection de l'anse intestinale sphacelée. En effet, sur les 18 résections qu'il y a eu, on constate 17 décès soit 94,4%.

Ces chiffres pris dans le contexte de nos propres observations nous donnent presque les mêmes renseignements. Sur les 5 cas observés, il n'y a eu qu'un seul homme; l'âge moyen des patients se situe entre 70 et 84 ans. Les 5 malades étaient atteints d'occlusion ou de sub-occlusion du grêle de cause indéterminée. Deux fois s/cinq, on a procédé à la réduction de l'anse incarcerated par simples tractions douces (Observations 2 et 5). Il y a eu deux résections de l'intestin sphacelé (observations 3 et 4) et les deux malades sont décédés.

Une fois, on a eu recours à une anastomose latéro-latérale et la malade en est morte (Observation N° 1). Au total 3 de nos malades sont morts (Observations 1, 3, 4) soit 60% de décès exactement. Ces trois patients sont ceux qui avaient subi des interventions majeures, résection suivie d'anastomose, ou anastomose latéro-latérale d'emblée pour impossibilité de désincarcération de l'anse iléale.



En ce qui concerne les récidives, elles sont rares, et leur pourcentage varie selon les auteurs. Elles sont généralement le lot des malades chez lesquels l'obturation de l'orifice du canal sous-pubien n'a pas été réalisée.

Mais la majorité des auteurs estiment qu'il y aurait au moins 25% de récidive.

Pour notre part, nous avons revu plusieurs fois en consultation nos deux malades ( Obs. 2 et 5 ) et n'avons constaté aucun signe de récidive.

Il ressort de la lecture de ce chapitre que, en dehors même de l'état général des malades, qui sont presque toujours amoindris, l'intervention, pour peu qu'elle soit non seulement majeure, mais encore durable, intervient pour une grande part dans le pourcentage de mortalité que l'on connaît jusqu'ici.



- C O N C L U S I O N S -

-----



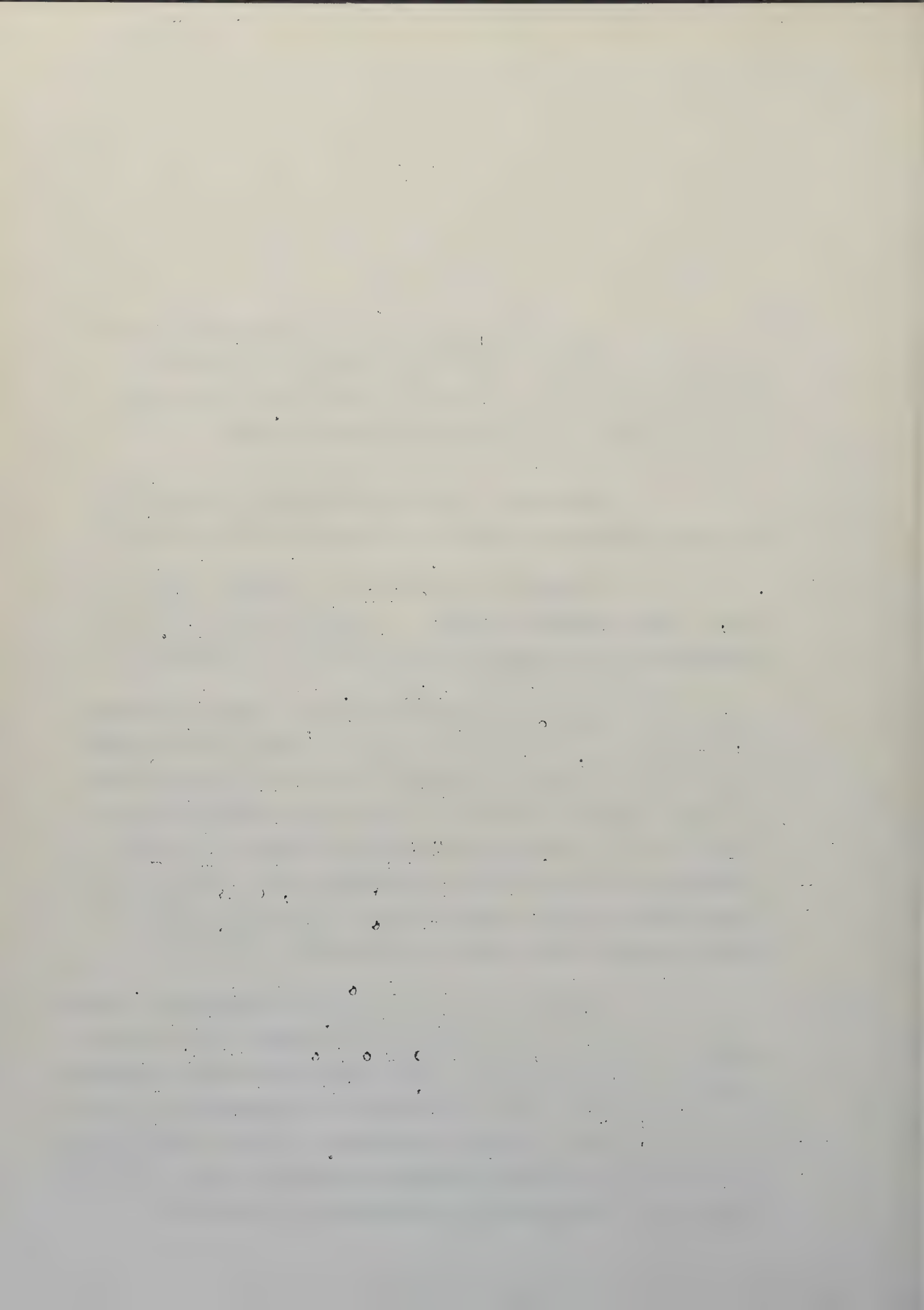
Comme le montre nos 5 observations, dont 4 réunies en un peu plus d'un an dans un service de chirurgie générale, la hernie obturatrice étranglée continue d'être une affection préoccupante.

Elle est l'une des affections chirurgicales qui conservent encore un taux élevé de mortalité.

Sa relative rareté, son terrain particulier, une symptomatologie modifiée, une évolution atypique, sont autant des difficultés de diagnostic.

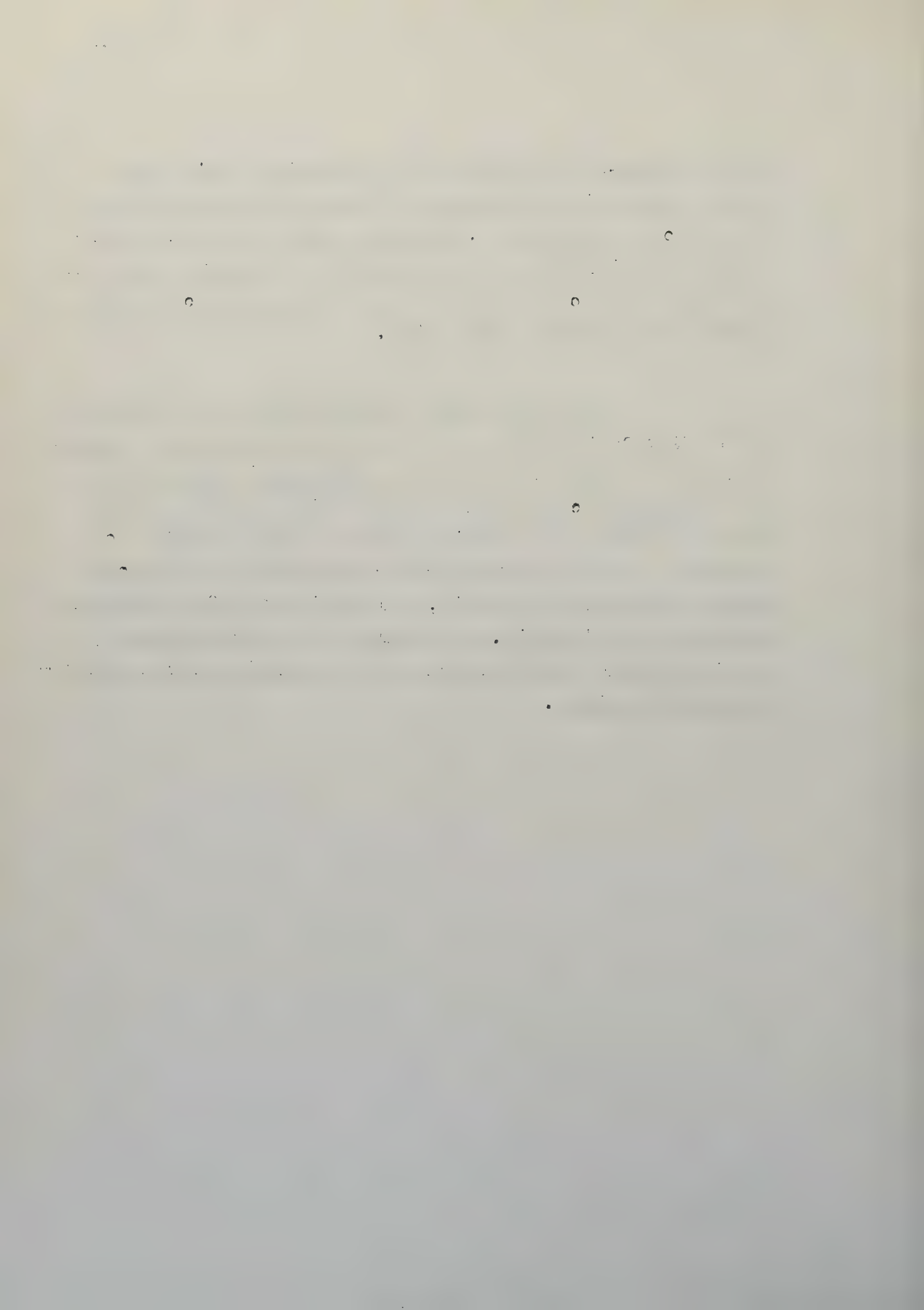
Mais le contexte clinique, fait de signes d'occlusion ou de sub occlusion du grêle, dont aucune cause n'est retenue, survenant chez une personne âgée et chez laquelle on note en plus une douleur de la racine de la cuisse, une rotation externe du membre inférieur de même côté, un proctitis, une douleur latéropelvienne aux toucher rectal et vaginal, doivent faire penser à une hernie obturatrice étranglée.

L'évolution de la hernie obturatrice étranglée est toujours d'un pronostic sévère. Le traitement en est chirurgical, ayant pour objectif principal la réduction de l'anse étranglée. La fermeture du canal sous pubien, quoique nécessaire, étant plutôt conditionnée par l'état général du patient. Les procédés habituels, délabrants et choquants de fermeture du



canal sous-pubien viennent de s'enrichir d'une nouvelle acquisition: plasties à base des plaques de peau de nylon de Mersilène. Technique, qui, si elle se révélait satisfaisante, permettrait un renouveau dans le pronostic de cette affection qui est comme on le sait, grevée d'une forte mortalité.

La lecture des diverse publications anciennes et récentes révèle que la hernie obturatrice étranglée est l'exemple même de la pathologie chirurgicale du vieillard où tous les signes d'une affection déjà rare et difficile à diagnostiquer sont modifiés ou estompés, et où toute urgence chirurgicale ne tolère aucun retard. De ce fait, elle doit donc être toujours présente à l'esprit, non seulement des chirurgiens, mais également des médecins et en particulier des médecins de famille.



- B I B L I O G R A P H I E -

-----



BOULARD, GARCIA-MORAN

Signes radiologiques directes de la Hernie Obturatrice étranglée.

Mémoires Ac. Chir. du 26 Novembre 1964.

CABY et PAYA

Traitement de la hernie Obturatrice, avec fermeture totale du trajet herniaire.

Journal de chirurgie -Tome 59- P. 241 - 1943 -

CARAVEN

Hernie obturatrice étranglée depuis 12 à 15 jours, abolie par résection ilio-pubienne et guérie.

Mémoires Ac.chir. T. 67 - N° 32-33 p. 914 - 1941

S. CARP, I.MANESCU CALARASI et C. OLTEANU ( Bucarest)

Considération sur la hernie obturatrice étranglée.

Lyon Chirurgical T. 64-N°1 P.72 - 1968

CATTALORDA - ESCARRAS

Considérations sur le diagnostic et le traitement des hernies obturatrices étranglées.

Journal de Chir. T.48-N°22- 1936

DAVERAT ( Etienne)

Les hernies obturatrices étranglées ( à propos de 10 Observations)

Thèse Méd. Bordeaux - 1960 - N° 84

.../...



R. DESJACQUES ET REVOL

Quatre observations de hernies obturatrices étranglées  
Lyon chirurgical - Tome 41-N° 5 P.627- 1946

DETRIE PH.

Nouveau traité de technique chirurgicale.

Tome IX - Paroi abdominale- sutures digestives-laparo-  
tomie.

J. FRANCILLOW, P. BRACONNOT, L.FISCHER et R.PESCHAUD

Un nouveau cas de hernie obturatrice étranglée.

Lyon Chirurgical - Tome 64 -N°2- P.310 - 1968

M.J. GRISOLI

A propos d'une hernie obturatrice étranglée.

Marseille Chirurgical N° 3- P.248- Mai-Juin 1960

LI PIAO

Considérations sur l'étranglement des hernies obtura-  
trices.

Acta Chirurgica Belgica - Tome 64 - P.470 - 1965

J.L. LORTAT JACOB et B. ROY

Hernie obturatrice étranglée - A propos de 4 cas.

Mémoires de l'Académie de chirurgie - T.69 N° 25 & 26

P. 477 - 1943

G. MAJNATA

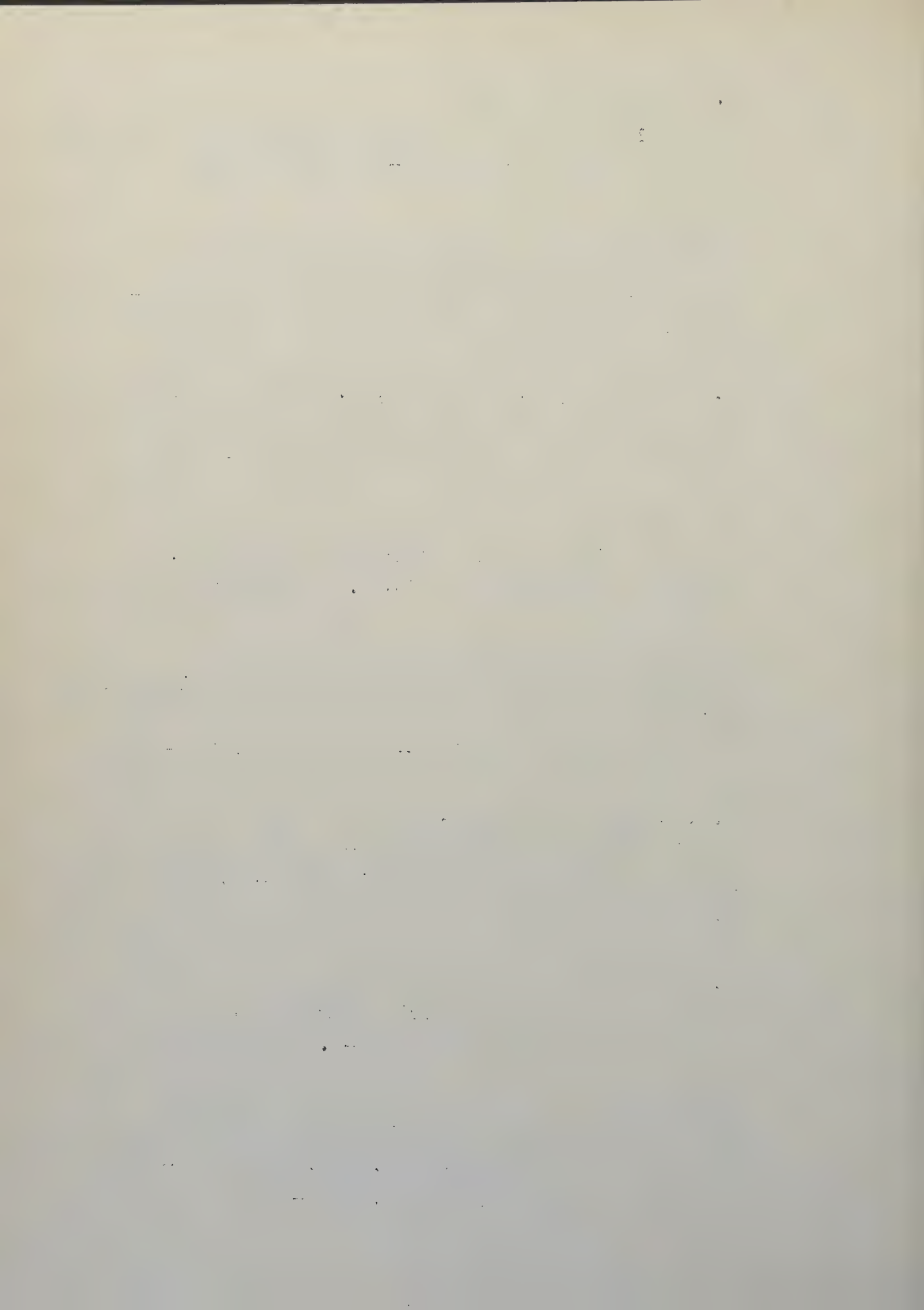
Un cas de hernie obturatrice étranglée.

Journal de chirurgie- Tome 47-P. 113 - 1936

NINFO G.E.

Traitement chirurgical de la hernie obturatrice étran-  
glée. Chirurgica-Ital. Vol.9 Fasc. 4 - 1957 -

( In journ. de chir. 76 - P. 761 - 1958



RENE L - BOULARD - GARCIA MORAND

Signes radiologiques de la hernie obturatrice étranglée.

Mém. Acad. Chir. 1964 - T. 56 P. 881

J. SOUSTELLE, R. BERTOCCHI et Y. SAUVAGE

Deux observations de hernies obturatrices étranglées

Lyon Chirurgical - T. 64 - N° 4 P. 644 - 1968

J. SOUSTELLE et J. SOURNIA

Deux cas de hernie obturatrice étranglée.

Lyon Chirurgical - T. 41 N° 5 P. 625 - 1946

M.B. ROY

Considération à propos de deux nouveaux cas de hernie obturatrice étranglée.

Accord de Chirurgie 1959 - T. 85 P. 227

J. BARSOTTI & Coll.

Presse Médicale - 2 mai 1970

T. 78 N° 22 - P. 1023

J.C. MACHOIRE

Les hernies obturatrices étranglées

Etude opératoire - exposé d'un nouveau procédé

Thèse méd. Paris 1942 - N° 243-

Encyclopédie médico-chirurgicale

Diagnostic étiologique d'une occlusion intestinale mécanique. ( G. LAGACHE - COMBEMALE - D.BARBERIS)

Intestin - estomac T.2 page 2 -(9044 C 10) 9-1968



## TABLE DES MATIERES

|                                      | <u>Pages</u> |
|--------------------------------------|--------------|
| INTRODUCTION .....                   | I            |
| CHAPITRE I -<br>.....                |              |
| A - Historique .....                 | 4            |
| B - Rappels Anatomiques .....        | 7            |
| C - Rappels Etio-Pathogéniques ..... | 9            |
| D - Explications pathogéniques ..... | 9            |
| CHAPITRE II -<br>.....               |              |
| EXPOSE DES OBSERVATIONS .....        | 10           |
| CHAPITRE III -<br>.....              |              |
| EXPRESSIONS CLINIQUES .....          | 22           |
| CHAPITRE IV -<br>.....               |              |
| TRAITEMENT<br>.....                  |              |
| A - Méthodes Habituelles .....       | 28           |
| B - Acquisitions actuelles .....     | 37           |
| C - Résultats .....                  | 41           |
| CONCLUSION - .....                   | 45           |
| BIBLIOGRAPHIE .....                  | 47           |

INTRODUCTION

CHAPITRE I

- A - Historique
- B - Rappels anatomiques
- C - Rappels Étiopathogéniques
- D - Explications pathogéniques

CHAPITRE II

EXPOSÉ DES OBSERVATIONS

CHAPITRE III

EXPRESSIONS CLINIQUES

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

- A - Méthodes habituelles
- B - Accidents habituels
- C - Résultats

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE



